



دولة فلسطين

وزارة الصحة  
الفلسطينية

الجهاز المركزي  
للإحصاء الفلسطيني

الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018  
(سلسلة منقحة)

PCBS

نيسان/أبريل، 2020



تم إعداد هذا التقرير حسب الإجراءات المعيارية المحددة في ميثاق الممارسات  
للإحصاءات الرسمية الفلسطينية 2006



التعداد الزراعي  
Agriculture Census  
2020

© رمضان، 1441هـ - نيسان، 2020.  
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2020. الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018.  
رام الله - فلسطين.



أو على

جميع المراسلات توجه إلى:

وزارة الصحة الفلسطينية

ص ب. 14، نابلس- فلسطين.

هاتف: 6-2384771 9 (970/972)

فاكس: 9 2384777 (970/972)

بريد إلكتروني:

Palestinian.ministry.of.health@gmail.com

صفحة إلكتروني: <http://www.moh.ps>

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

ص.ب. 1647، رام الله- فلسطين

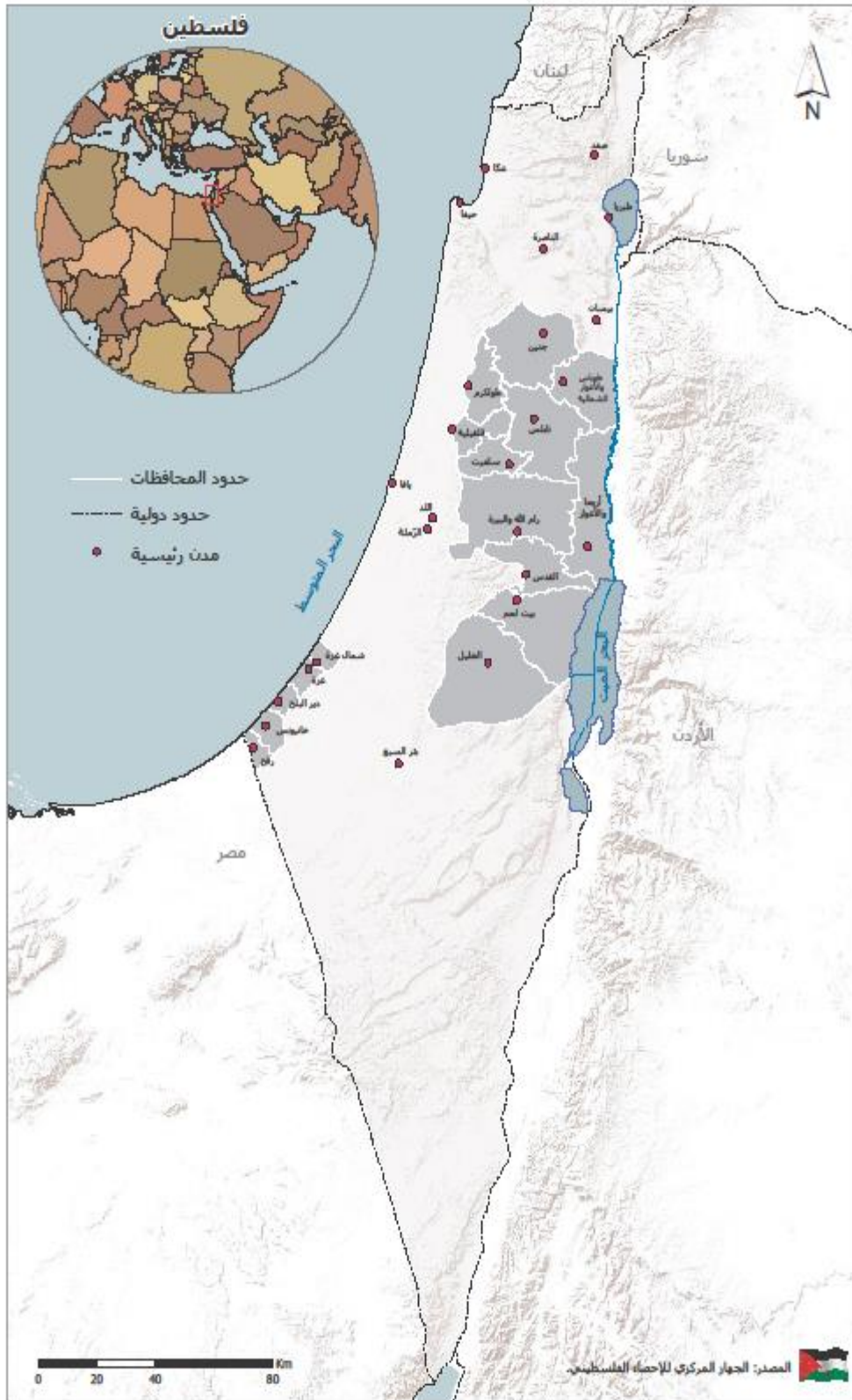
هاتف: 2 2982700 (970/972)

فاكس: 2 2982710 (970/972)

الرقم المجاني: 1800300300

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.gov.ps>





## شكر وتقدير

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى جميع مصادر البيانات من وزارات ومؤسسات وممثلات الذين ساهموا في توفير البيانات اللازمة لإعداد الحسابات الصحية.

لقد تم إعداد تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية للفترة 2000-2018، بقيادة فريق فني من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشراكة مع وزارة الصحة الفلسطينية، وبدعم مالي مشترك بين كل من دولة فلسطين ومجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG) لعام 2020 ممثلة بمكتب الممثلة النرويجية لدى دولة فلسطين.

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء مجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG) الذين ساهموا بالتمويل على مساهمتهم القيمة في تنفيذ هذا المشروع.



## فريق العمل

- **الفريق الفني**
    - من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
    - آمنه النتشه
    - رامي الدبس
    - هاني الأحمد
    - شروق عقل
  - من وزارة الصحة
    - سامر جبر
  - **إعداد التقرير**
    - شروق عقل
    - آمنه النتشه
  - **تدقيق معايير النشر**
    - حنان جناجره
  - **المراجعة الأولية**
    - محمد قلالوة
    - د. صالح الكفري
    - ماهر صبيح
    - رانيا ابو غبوش
  - **المراجعة النهائية**
    - عناية زيدان
  - **الإشراف العام**
    - د. علا عوض
- رئيس الجهاز





## تنويه للمستخدمين

عند الإطلاع على التقرير ينبغي أن تؤخذ الأمور الآتية بعين الاعتبار:

- تم تنقيح بيانات الحسابات الصحية الفلسطينية للأعوام 2000-2017 اعتماداً على مجموعة من العوامل التي استندت التنقيح وهي:
  1. إعداد بيانات الإنفاق الصحي في فلسطين للأعوام 2000-2014 بالاعتماد على نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، والصادر عن: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat)، كإطار عمل شامل يوجه كافة الجهود الإحصائية المبذولة في الحقل الصحي. علماً بأن البيانات المنشورة سابقاً للأعوام 2000-2014 تم العمل على إعدادها بناء على نظام الحسابات الصحية 2000 الصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD).
  2. تنفيذ التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت للعام 2017 والذي وفر مستوى تغطية أفضل لإطار المعاينة والذي انعكس بدوره على بيانات المسوح التي شكل التعداد إطار معاينه لها، ووفق التوصيات الدولية فإنه يوصى بتنقيح البيانات حالما الحصول على مستوى تغطية أفضل، وفي الحالة الفلسطينية فقد تم إتباع التوصيات الدولية في هذا المجال والتنقيح في السنوات التي تقع ما بين تعدادين.
  3. تنفيذ مسح إنفاق واستهلاك الأسرة للعام 2017 والذي سمح بتحسين جودة التقديرات التي تم البناء عليها للأعوام التي سبقت تنفيذ المسح 2013-2016.
  4. الاعتماد على تنقيح بيانات المسوح الاقتصادية 2000-2008 وفق التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية 4 ISIC.
- اعتماد بيانات وزارة الصحة الفلسطينية كمصدر لمجموع الإنفاق على العلاج بالخارج.
- يضم نظام الحسابات الصحية 2011 عدداً من التغييرات والتحسينات مقارنة بالنظم الدولية السابقة المستخدمة بإعداد الحسابات الصحية، وأبرزها:
  - تعزيز العلاقة ثلاثية المحاور المتأصلة ما بين (التمويل، والاستهلاك، ومقدمي الخدمة)، أي توضيح مفصل لما تم استهلاكه بالإضافة إلى تحديد مصدر التمويل ومن قدم الخدمات أو السلع الصحية.
  - يوفر النظام تغطية أشمل في سياق التصنيف الوظيفي في مجالات معينة، مثال ذلك: الوقاية والرعاية طويلة الأمد، كما يعطي صورة أكثر تفصيلاً لمقدمي الرعاية الصحية.
  - الاعتماد على تصنيف جديد لمشروعات التمويل (نظم التمويل، وعوائد التمويل).
- قد يلاحظ بعض الاختلافات الطفيفة لقيم نفس المتغير بين الجداول المختلفة، أو بين مفردات المتغير ومجموعه، ونجم ذلك عن التقريب المصاحب لعمليات جدولة البيانات.
- يتم تسجيل معاملات الإنفاق من بعض المصادر بالشيكل الإسرائيلي بينما يتم معالجة البيانات للنشر بالدولار الأمريكي. والجدول التالي يبين معدل سعر صرف الدولار مقابل الشيكل الإسرائيلي خلال الأعوام 2000-2018:

المعدل السنوي لسعر الصرف	العام
4.0778	2000
4.2084	2001
4.7330	2002
4.5513	2003
4.4775	2004
4.4849	2005
4.4545	2006
4.1139	2007
3.5816	2008
3.9699	2009
3.7315	2010
3.5784	2011
3.8551	2012
3.6100	2013
3.5769	2014
3.8863	2015
3.8432	2016
3.6299	2017
3.5562	2018

- (-): تعني لا يوجد بيانات من المصدر وغير معلوم القيمة إن كانت صفر أو غير ذلك.
- البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

## قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول
	المقدمة
17	الفصل الأول: <b>المصطلحات والمؤشرات والتصنيفات</b>
17	1.1 المصطلحات والمؤشرات
26	2.1 التصنيفات
27	الفصل الثاني: <b>النتائج الرئيسية</b>
27	1.2 إجمالي الإنفاق على الصحة في فلسطين
27	2.2 الإنفاق الجاري على الصحة وفق نظم تمويل الرعاية الصحية
28	3.2 الإنفاق الجاري على الصحة وفق وكلاء التمويل
29	4.2 الإنفاق الجاري وفق وظائف الرعاية الصحية
29	5.2 الإنفاق الجاري وفق مزودي الخدمات الصحية
30	6.2 إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية
31	الفصل الثالث: <b>المنهجية</b>
31	1.3 نظرة عامة
31	2.3 منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية
35	الفصل الرابع: <b>الجودة</b>
35	1.4 الدقة
35	2.4 مقارنة البيانات
35	3.4 جودة البيانات
36	4.4 قضايا فنية
37	الجداول الإحصائية



## قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
39	جدول 1: مؤشرات مختارة في فلسطين، 2000-2018
40	جدول 2: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل، 2000-2018
41	جدول 3: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وكلاء التمويل، 2000-2018
42	جدول 4: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وظائف الرعاية الصحية، 2000-2018
43	جدول 5: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية، 2000-2018
45	جدول 6: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية ووظائف الرعاية الصحية، 2017-2018
47	جدول 7: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية ونظم التمويل، 2017-2018
48	جدول 8: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب عائدات نظم التمويل الصحية ونظم التمويل، 2017-2018
49	جدول 9: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل ووكلاء التمويل، 2017-2018
50	جدول 10: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وظائف الرعاية الصحية ونظم التمويل، 2017-2018



## المقدمة

ضمن سعي الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لإنتاج الرقم الإحصائي وتوفير المعلومات الإحصائية لصانعي القرار، فقد ارتأى الجهاز العمل على تأسيس نظام الحسابات الصحية الفلسطينية ليعكس واقع الإنفاق على الصحة في فلسطين. حيث تقدم الحسابات الصحية وصفاً إحصائياً منظماً للقطاع الصحي ككل، وبنفس الوقت تعمل على توفير البيانات الإحصائية المفصلة عن التعاملات التي تجري بين مختلف الأطراف في المجتمع الصحي من جهة، وبين الاقتصاد المحلي وباقي دول العالم من جهة أخرى، بالإضافة إلى الوقوف على اتجاهات النمو في الاقتصاد الوطني من سنة لأخرى ومراقبة الأداء الاقتصادي الصحي وتقلباته عبر السنوات، لذلك فإن إعداد سلسلة زمنية متسقة ومنسجمة لبيانات الحسابات الصحية الفلسطينية تكتسب أهمية قصوى لما يعنيه ذلك من فتح آفاق المقارنة والقياس والتحليل الاقتصادي الصحي.

تبنى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتعاون مع وزارة الصحة نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، كإطار عمل دليلي شامل وموحد لتوجيه كافة الجهود الإحصائية المبذولة في الحقل الصحي لإصدار بيانات الأعوام 2000-2018. بما تطلبه ذلك من دراسة وتدقيق في تجارب الدول من حيث المنهجيات والفرضيات المستخدمة، والتي تأثرت بشكل كبير بحدائثة التجربة في العمل على موضوع الحسابات الصحية.

تمحور الهدف الرئيسي للمشروع حول بناء نظام حسابات صحية فلسطيني متكامل، وتوفير قاعدة بيانات حول الإنفاق على قطاع الخدمات الصحية من قبل مقدمي هذه الخدمات في فلسطين.

يتضمن هذا التقرير أربعة فصول حيث يشمل الفصل الأول المصطلحات والمؤشرات والتصنيفات التي تم استخدامها، بينما يحتوي الفصل الثاني على النتائج الرئيسية ويتناول عرضاً لأبرز النتائج الخاصة بالحسابات الصحية الفلسطينية، ويشمل الفصل الثالث المنهجية التي تم إتباعها في جمع البيانات والعمليات المكتبية ومعالجة البيانات وجدولتها، والفصل الرابع يشمل الجودة والذي يتناول الدقة ومعدلات الاستجابة.

نأمل أن يساهم هذا التقرير في مساعدة المخططين وصناع القرار في مراقبة وتحسين النظام الصحي في فلسطين، وأن ينير درب متخذي القرار وصانعي السياسات الصحية في مسيرة التنمية الوطنية الشاملة.

والله ولي التوفيق،،،

د. علا عوض

رئيس الجهاز

نيسان، 2020





## الفصل الأول

### المصطلحات والمؤشرات والتصنيفات

#### 1.1 المصطلحات والمؤشرات

تعرف المصطلحات والمؤشرات المستخدمة وفق معجم المصطلحات الإحصائية ودليل المؤشرات الإحصائية، الصادرة عن الجهاز والمعتمدة على أحدث التوصيات الدولية المتعلقة بالحسابات الصحية والمنسجمة مع النظم الدولية، وهي: نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 الصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat).

#### 1.1.1 مفاهيم عامة

##### الحسابات الصحية:

هي أداة لوصف تدفق المصروفات من القطاعين العام والأهلي، التي تصب في قطاع الرعاية الصحية لمدة زمنية محددة. وهي تصف أيضاً المصادر والاستخدامات والقنوات لكل مورد من الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة، وآليات تدفق هذه الأموال والمصادر في نظام الرعاية الصحية على مستوى الوظيفة.

##### النفقات الجارية:

يحدد الإنفاق الحالي على الصحة كمية الموارد الاقتصادية التي أنفقت على وظائف الرعاية الصحية التي عينتها حدود الاستهلاك. أضف إلى ذلك أن نظام الحسابات الصحية يهتم بالدرجة الأولى بسلع وخدمات الرعاية الصحية التي تستهلكها الوحدات المقيمة فقط، بغض النظر عن مكان وقوع هذا الاستهلاك أو الجهة الفعلية التي تدفع نفقاته. ولذلك فإن صادرات سلع وخدمات الرعاية الصحية تستبعد من هذا الإنفاق بينما تعتبر واردات سلع وخدمات الرعاية الصحية للاستعمال النهائي متضمنة فيه.

##### التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية:

يقاس "إجمالي تكوين رأس المال" في نظام الرعاية الصحية بالقيمة الإجمالية للأصول أو الموجودات التي حصل عليها مقدموا الخدمات الصحية خلال فترة المحاسبة مطروحاً منها قيمة ما تم التخلص منه من الموجودات المماثلة من نفس النمط، والتي استعملت أكثر من مرة، أو لمدة تزيد على السنة في سياق تقديم الخدمات الصحية. ويضم هذا البند إجمالي تكوين رأس المال المحلي اللازم لتوفير الرعاية الصحية للمؤسسات باستثناء تلك المدرجة تحت البيع بالتجزئة للمواد والأدوات الطبية وغيرها من مقدمي الخدمات الطبية والسلع.

##### أساس الاستحقاق:

هو الذي يعرف بتحميل كل فترة مالية بجميع المصروفات التي تخصها سواء دفعت أم لم تدفع، وكذلك حصر جميع الإيرادات التي اكتسبت واعتبرت لنفس الفترة سواء قبضت أم لم تقبض.

### الرعاية الصحية:

هي معالجة وتشخيص المرض، والمحافظة على الصحة من خلال الخدمات التي تقدمها العلاجات الطبية، طب الأسنان، الخدمات التكميلية والبديلة، والمستحضرات الدوائية، والعلوم السريرية (التشخيص في المختبر)، والتمريض، والمهن الصحية. وتشمل الرعاية الصحية جميع السلع والخدمات المقدمة لتعزيز الصحة، بما في ذلك "التدخلات الوقائية والعلاجية والمسكنة، سواء الموجهة للأفراد أو للسكان".

### القطاع الحكومي:

يتألف من وحدات الحكومة المركزية والحكومات المحلية إلى جانب صناديق الضمان الاجتماعي التي تفرزها وتسيطر عليها تلك الوحدات وتشمل كذلك المؤسسات غير الهادفة للربح التي تنتج إنتاجاً غير سوقي وتسيطر عليها وتمولها بصورة رئيسة الوحدات الحكومية أو صناديق الضمان الاجتماعي.

### قطاع المؤسسات غير الهادفة للربح والتي تخدم الأسر المعيشية:

تتألف من المؤسسات غير الهادفة للربح والتي توفر سلع وخدمات غير السوقية للأسر المعيشية التي لا تسيطر عليها الحكومة.

### الأسرة:

فرد أو مجموعة أفراد تربطهم أو لا تربطهم صلة قرابة، ويقومون في مسكن واحد، ويشتركون في المأكل أو في أي وجه متعلق بترتيبات المعيشة.

### الإقامة:

إن مفهوم الإقامة تعرف من منظور اقتصادي لا قانوني، والمعيار الأساسي لتحديد الإقامة لكيان ما، هو مركز المصلحة الاقتصادية والذي يعرف بأنه وجود محل سكني أو موقع إنتاجي أو مواقع أخرى داخل الإقليم الاقتصادي لبلد ما تقوم فيه أو منه بمباشرة أنشطة ومعاملات اقتصادية على نطاق واسع بقصد الاستمرار فيها لأجل غير مسمى أو لمدة محددة أو غير محددة، ولكنها عادةً ما تكون طويلة. يدخل مفهوم الإقامة في الحسابات الصحية من خلال تحديد ما إذا كان مصدر التمويل ومزود الخدمة مقيم أو من باقي العالم. وعليه يعتبر الأفراد والمنشآت مقيمين في الاقتصاد الذي يشكل مركز اهتمامهم الاقتصادي. وهذا يعني أنهم سيقومون في ذلك الاقتصاد بجزء هام من أنشطتهم الاقتصادية ويمكنون لفترة طويلة.

وبالنسبة للأفراد، فإن المعيار الرئيسي لتحديد مركز الاهتمام الاقتصادي هو قاعدة "السنة الواحدة": فإذا ما بقي فرد، أو كان لديه النية أن يبقى في بلد ما لمدة تزيد عن سنة واحدة، فإنه يعتبر مقيماً في ذلك البلد من حيث المدلول الاقتصادي. ويستثنى من هذه القاعدة الطلاب والمرضى والعاملين لدى السفارات والبعثات الدبلوماسية والمنظمات الدولية من غير مواطني الدولة التي تقيم فيها هذه الهيئات. ويعتبر الأفراد من المجموعات الثلاث المذكورة غير مقيمين في الاقتصاد الذي يعيشون فيه، بل مقيمون في بلدهم الأصلي بغض النظر عن مدة تواجدهم.

أما بالنسبة للمنشآت فإنها تعتبر دوماً مقيمة في البلد الذي تتواجد فيه. وهذا منسجم مع مفهوم الإقامة بأنه مكان مركز الاهتمام الاقتصادي، لأن ممارسة نشاط إنتاجي لا يتم عادة بشكل عابر دون أن تكون هناك النية للبقاء لفترة طويلة. والاستثناء الوحيد في حالة المنشآت، هي تلك التي تشغل معدات متقلة، مثل صيادي الأسماك الذين يقعون في مياه دولة

ما لفترة محددة من الزمن، وكذلك بعض شركات المقاولات التي تقوم بالالتزام التعاقدية لإنجاز مشروع محدد دون توفر النية لتمديد الإقامة بعد إنجاز هذا الالتزام، حيث تعتبر هذه الأنشطة مقيمة في الاقتصاد الوطني للعاملين فيها طالما أنهم لا يحتفظون بحسابات مستقلة لنشاطهم في الخارج. أما إذا كانوا يحتفظون بحسابات مستقلة لنشاطهم في الدولة التي يمارسونه فيها حيث يدفعون الضرائب ويحظون بترخيص في مزولة عملهم، فيعتبر نشاطهم حينئذ مقيماً في تلك الدولة.

### الرعاية الصحية الأولية:

هي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.

### الرعاية الصحية الثانوية:

هي العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى المقدم للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة طوارئ.

### الرعاية الصحية الثلاثية:

هي الرعاية الاستشارية المتخصصة التي عادة ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو من الرعاية الصحية الثانوية وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص.

### مراكز التأهيل:

هي المرافق التي تقدم العلاج والتدريب بهدف التأهيل. وهي المراكز التي تقدم العلاج الوظيفي، العلاج الحركي، العلاج المهني، وتدريبات خاصة كعلاج النطق لاستشفاء من الإصابة أو المرض إلى الحد الطبيعي الممكن.

### التأمين الصحي:

وهو عقد ما بين المؤمن و المؤمن عليه يتعلق بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها وفق ما هو محدد في العقد. هو تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها والذي يتم دفعه للمؤمن أو لمقدم الخدمة الصحية.

بالاعتماد على تصنيفات منظمة الصحة العالمية والواردة بدليل نظام الحسابات الصحية الموحد 2011، فقد قسمت التعريفات الخاصة بالتصنيفات الصحية الواردة أدناه حسب (نظم التمويل، عملاء التمويل، وظائف الرعاية الصحية، مزودي الخدمات الصحية إضافة إلى عوائد تمويل الرعاية الصحية).

## 2.1.1 مفاهيم نظم التمويل الصحي

### النظم والبرامج الحكومية ونظم تمويل الرعاية الصحية المساهمة الإلزامية:

تضم هذه الفئة جميع المشروعات التي تهدف إلى ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره، أو لجزء كبير منه، أو على الأقل لبعض المجموعات سريعة التأثير. بما فيها: المشروعات الحكومية، والتأمين الصحي الاجتماعي، والتأمين الخاص الإلزامي، وحسابات المدخرات الطبية الإلزامية. والسبب المنطقي الرئيسي للمداخلة الحكومية في النظم الصحية هو ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره (أو للمجموعات الاجتماعية سريعة التأثير).

**نظم وبرامج غير إلزامية مقابل الرعاية الصحية:**

تتضمن هذه الفئة جميع مشروعات تمويل الرعاية الصحية مسبقاً الدفع محلياً والتي بواسطتها يمكن الحصول على الخدمات الصحية بحسب تقدير الجهات الفاعلة الاقتصادية الخصوصية (بالرغم من أن هذا التقدير يمكن أن، وغالباً ما، يتأثر بالقوانين والتشريعات الحكومية). وهي تتضمن: التأمين الصحي الطوعي، ومشروعات تمويل المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية ومشروعات التمويل المؤسسية.

**إنفاق الأسر المعيشية:**

يعرف الإنفاق من المال الخاص للأسر بكونه دفعاً مباشراً للخدمات من الدخل الأولي للأسرة أو من مدخراتها (وليس هنالك من وسيط للدفع)، ويتم الدفع من قبل المستخدم في وقت استخدام الخدمات. ويتضمن ذلك مشاركة التكاليف والدفعات غير المنتظمة (نقدياً وعينياً). والمدفوعات من المال الخاص تبين العبء المباشر للتكاليف الطبية الذي تتحمله الأسر في وقت استخدام الخدمة. ولإنفاق من المال الخاص دورها في كل نظام للرعاية الصحية. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض، غالباً ما يكون الإنفاق من المال الخاص هو الصيغة الرئيسية لتمويل الرعاية الصحية.

**باقي العالم:**

تشتمل هذه الفئة على التدابير المالية التي ترتبط بكيانات مؤسسية (أو التي تدار من قبل كيانات مؤسسية) تقيم في الخارج، لكنها تقوم بجمع، وتجميع الموارد وشراء سلع وخدمات الرعاية الصحية بالنيابة عن المقيمين، دون أن تنقل الأموال عبر مشروع مقيم.

**3.1.1 مفاهيم وكلاء التمويل الصحي**

إن وكلاء التمويل عبارة عن وحدات مؤسسية تقوم بإدارة مشروع تمويل أو أكثر: فهي تجمع العائدات وتشتري الخدمات وفقاً لقواعد مشروع (أو مشروعات) تمويل الرعاية الصحية المفروض. وهذا يتضمن الأسر المعيشية كوكلاء تمويل للنفقات من المال الخاص؛ ويتضمن:

- الحكومة المركزية.
- شركات التأمين.
- مؤسسات غير هادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية.
- الأسر المعيشية.
- باقي العالم.

**4.1.1 مفاهيم عائدات التمويل الخاص بالرعاية الصحية****التحويلات من العائدات المحلية الحكومية:**

يشير هذا البند إلى الأموال المخصصة من العائدات المحلية الحكومية للغايات الصحية.

### التحويلات التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية أجنبية:

إن التحويلات التي تنشأ في الخارج ( ثنائية الأطراف، أو متعددة الأطراف، أو الأنواع الأخرى من التمويل الخارجي) التي يتم توزيعها بواسطة الحكومة العامة يتم تسجيلها في هذه الفئة. وبالنسبة للمشروع الذي يتلقى هذه الأموال، يكون مقدم الأموال هو الحكومة، لكن هذه الأموال نفسها تكون ذات مصدر خارجي. ويتم تسجيل مصدر العائدات فقط في مستوى التعامل التجاري بالعائدات.

### مساهمات التأمين الاجتماعي:

تؤخذ مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي إما من أرباب العمل بالنيابة عن موظفيهم، أو من الموظفين أو الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص أو غير الموظفين بالأصالة عن أنفسهم بما يكفل لهم التأهيل لمنافع التأمين الصحي الاجتماعي. والفئات الفرعية لمساهمات التأمين الاجتماعي يتم تصنيفها بحسب نوع الوحدات المؤسسية التي تدفع قيمة المساهمة بالتأمين الاجتماعي بالنيابة عن الشخص المؤمن.

### الدفع غير الإلزامي:

وهو يتضمن أقساط التأمين الخصوصي الطوعي. وأقساط التأمين الخصوصي الطوعي هي دفعات تؤخذ من المؤمن أو من وحدات مؤسسية أخرى بالنيابة عن المؤمن وهي تكفل التأهيل لمنافع مشروعات التأمين الصحي الطوعي، والفئات الفرعية من الدفع الطوعي يتم تصنيفها بحسب نوع الوحدات المؤسسية التي تدفع العائدات، كما يلي:

- الدفع الطوعي من قبل الأفراد أو الأسر.
- الدفع الطوعي من أرباب العمل.
- عائدات طوعية أخرى مسبقة الدفع.

### عائدات محلية أخرى غير مصنفة في مكان آخر:

تتضمن هذه الفئة العائدات المحلية من مشروعات التمويل غير المتضمنة في الفئات أعلاه، ويتم تعريف الفئات الفرعية بحسب الوحدات المؤسسية التي تقدم التحويلات الطوعية:

- عائدات أخرى من الأسر غير مصنفة في مكان آخر.
- عائدات أخرى من الشركات غير مصنفة في مكان آخر.
- عائدات أخرى من مؤسسات غير ربحية غير مصنفة في مكان آخر.

### التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة:

تتمثل بالطرق الرئيسية التي تأتي بالعائدات من كيانات خارجية بصورة مباشرة (عن طريق التحويلات) إلى مشروعات تمويل صحية، والتي يتم التعامل بها هي:

- عائدات تمويلية خارجية مباشرة مخصصة للصحة، وعادة ما تكون هذه العائدات هبات من وكالات دولية أو حكومات أجنبية، أو تحويلات طوعية (التبرعات) من المنظمات غير الحكومية أو الأفراد المشتركين مباشرة بتمويل مشروعات التمويل الصحية المحلية؛
- إعانات عينية خارجية مباشرة (من سلع وخدمات الرعاية الصحية).

### 5.1.1 مفاهيم وظائف الرعاية الصحية

#### خدمات الرعاية العلاجية:

تشمل الرعاية العلاجية الاتصالات التي يكون المقصد الرئيسي منها هو تخفيف وطأة أعراض المرض أو الإصابة، أو التقليل من وخامة مرض أو إصابة ما، أو الحماية من تفاقم أو تعقيد مرض أو إصابة أو كلاهما مما يمكن أن يهدد الحياة أو الوظائف الطبيعية للجسم. وتشتمل عملية الاتصال لغايات الرعاية العلاجية على اتصال فردي مع النظام الصحي، يمكن أن ينطوي على سلسلة من المكونات، كالتوصل إلى تشخيص للحالة، وصياغة وصفة طبية وخطة علاجية، ورصد وتقييم التطور السريري، أو استكمال العملية بالتصوير والفحوص المخبرية والوظيفية لأعراض التشخيص وتقييم التطور. ويمكن لعملية الاتصال أو التماس أن تشتمل أيضاً على وسائل علاجية متعددة، كالمستحضرات الدوائية والسلع الطبية الأخرى (ومثال ذلك الأدوات العلاجية التقويمية كالنظارات، والأجهزة البديلة، كالأسنان أو الأطراف الاصطناعية)، بالإضافة إلى الإجراءات العلاجية، كالجراحات الجراحية، التي تتطلب متابعة إضافية. كما تعتبر بعض الإجراءات الإدارية الروتينية، كاستيفاء وتحديث سجلات المرضى، جزءاً لا يتجزأ من الخدمة.

#### الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين:

الرعاية الطبية بما فيها الخدمات المساندة المقدمة للمرضى ممن هم بحاجة لمبيت، وتقديم جميع الخدمات التي يحتاجها المريض من الناحية الطبية خلال إقامته.

#### الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية:

الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساندة المقدمة من خلال مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخارجية والتي تقدم خارج المستشفيات للمرضى ممن ليسوا بحاجة للخدمات الطبية الخاصة بالمبيت. وقد تكون جزء من خدمات المستشفيات، على سبيل المثال قد تحتوي المستشفى على عيادات خارجية متخصصة.

#### الرعاية العلاجية في عيادات طب الأسنان:

ويضم هذا البند الخدمات الطبية لعلاج الأسنان (بما في ذلك طب الأسنان الاصطناعية) التي تقدم للمرضى في العيادات الخارجية من قبل الأطباء. وهي تضم مجموعة الخدمات التي عادة ما يقدمها الأطباء المختصين في طب الأسنان كاملة.

#### الرعاية العلاجية المتخصصة في العيادات:

يضم هذا البند الخدمات الطبية بجميع التخصصات المقدمة للمرضى في العيادات الخارجية من قبل الأطباء المتخصصين وغير متخصصين (أطباء عامين)، وتشمل خدمات التشخيص والعناية بالأسنان، وتشمل الصحة النفسية ومعالجة تعاطي مواد الإدمان والعلاج والجراحة خارج المستشفيات.

#### خدمات الرعاية التأهيلية:

التأهيل هو إستراتيجية متكاملة تهدف إلى تمكين الأشخاص الذين يمرون بظروف صحية معينة ويعانون أو يحتمل أن يعانون نوعاً من العجز، من تحقيق الإنجاز الأفضل، والحياة الكريمة، والانخراط في حياة الجماعة والمجتمع، والاستمرار في ذلك.

**خدمات التمريض طويلة الأجل:**

تتألف الرعاية المديدة/ طويلة الأجل (الصحية) من مجموعة من خدمات الرعاية الطبية والشخصية التي يتم استهلاكها بالدرجة الأولى بهدف تخفيف الألم والمعاناة، وخفض أو تدبير تدهور الوضع الصحي للمرضى الذين يعانون قدرًا من اعتماد الإعالة طويلة الأجل.

**خدمات الرعاية الصحية المساندة:**

كثيراً ما تكون الخدمات المساعدة جزءاً لا يتجزأ من الخدمات التي تتصل الغاية منها بالتشخيص والرصد. ولذلك، فإن الخدمات المساعدة لا غاية لها بذاتها؛ وإنما الغاية أصلاً هي الشفاء والوقاية من المرض، وما إلى ذلك. وتصب الخدمات المساعدة في مجملها في خانة الغاية الأولى للخدمات، وتأتي في المقام الثاني من حيث طراز تقديم الرعاية الذي يتم استهلاك الخدمات على أساسه.

**السلع الطبية:**

يتم تقسيم السلع الطبية في المستوى الثاني إلى مستحضرات دوائية وغيرها من المستحضرات الطبية غير المعمرة، والأجهزة العلاجية والسلع الطبية الأخرى. ويشمل ذلك: السلع الطبية التي يحصل عليها المستفيد (الذي يستعملها)، سواء نتيجة لوصفة طبية عقب اتصال يتم في إطار النظام الصحي، أو نتيجة لوصف الدواء ذاتياً، ويتم استبعاد السلع الطبية التي يتم استهلاكها أو إيتاؤها في سياق الرعاية الصحية، والتي يتم وصفها من قبل أحد المهنيين الطبيين.

**الخدمات الوقائية والصحة العامة:**

تهدف الوقاية إلى تجنب أو خفض عدد الإصابات والأمراض وتبعيتها ومضاعفاتها وتقوم الوقاية على إستراتيجية لتعزيز الصحة، تتطوي على عملية من شأنها تمكين الناس من تحسين صحتهم، عن طريق التحكم في بعض محدداتها المباشرة. ويشمل هذا مجموعة واسعة من النتائج المرتقبة، التي تغطي بمداخلات مختلفة، وتنظم في مستويات ثلاثة: أولية، وثانوية، وثالثية.

**الحكم، النظام الصحي وإدارة التمويل:**

تركز هذه الخدمات على النظام الصحي بدلاً من تركيزها على الرعاية الصحية المباشرة، وينظر إليها على أنها جماعية، فهي غير موزعة بين أفراد محددين بل ينتفع بها كافة مستخدمي القطاع الصحي، وهي توجه وتدعم عمل النظام الصحي، ويتوقع من هذه الخدمات أن تحافظ على، وتزيد من فعالية وكفاءة النظام الصحي وتحسن من عدالته. وتتحمل الحكومات عبء هذه النفقات بصورة غالبية لكنها ليست حصريّة. وهي تشمل صياغة وإدارة السياسات الحكومية؛ ووضع المعايير؛ والتشريع أو الترخيص أو الإشراف على المنتجين؛ وإدارة جمع الأموال؛ وإدارة ومراقبة وتقييم هذه الموارد؛ وما إلى ذلك. لكن بعض هذه الخدمات تقدمها كذلك الكيانات الخصوصية، بما فيها المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية/ منظمات المجتمع المدني) والتأمين الطبي الخاص.

**الوظائف المرتبطة بالرعاية الصحية:**

هناك معايير أخرى مرتبطة بالصحة (على سبيل المثال (نوع الرعاية: حديث أو تقليدي)، نوع الإجراء: الفحص الجسدي، استكمال الإجراءات، التحاليل المخبرية) وقد تكون ضرورة لوضع السياسات واخذ القرارات الخاصة بالنظام الصحي. بالتالي قد تشمل أنشطة ضرورية لاستكمال الوظائف الصحية ولكنها لا تندرج ضمن الأنشطة الصحية في التنفيذ (مثل:

إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والتي تشمل رعاية صحية واجتماعية). لذلك يتم توضيح ما يتم إنفاقه على هذه البنود والإبلاغ عن العناصر التي تقع خارج حدود الرعاية الصحية من خلال فئتين للبنود المرتبطة بالصحة.

### 6.1.1 مفاهيم مزودي الخدمات الصحية

#### المستشفيات:

يضم هذا البند المؤسسات المرخص لها والعاملة بشكل أساسي في توفير العلاج الطبي والتشخيص وتقديم الخدمات التي تشمل: الأطباء، والتمريض، وغيرها من الخدمات الصحية للمرضى المقيمين بالإضافة إلى خدمات السكن والخدمات المتخصصة التي يتطلبها المرضى. ويمكن أيضاً أن تقدم المستشفيات خدمة العيادات الخارجية كنشاط ثانوي. وكثير من هذه الخدمات لا يمكن توفيرها إلا باستخدام المرافق والمعدات المتخصصة التي تشكل عامل هام لا يتجزأ من عملية الإنتاج. في بعض البلدان، المرافق الصحية تحتاج إلى الحد الأدنى من المعدات (مثل عدد الأسرة) لتسجل باعتبارها مستشفى.

#### المستشفيات العامة:

تضم هذه الفئة المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية العامة (الجراحية وغير الجراحية) للمرضى المدخلين " في مجموعة متنوعة واسعة من الحالات الطبية". كما يمكن لهذه المؤسسات أن تقدم خدمات أخرى، مثل خدمات المرضى الخارجيين، أو الخدمات الباثولوجية التشريحية، أو الخدمات الإشعاعية التشخيصية، أو الخدمات المخبرية السريرية أو خدمات غرف العمليات لمجموعة متنوعة من الإجراءات والخدمات الصيدلانية، التي يستخدمها عادة المرضى المدخلين بالإضافة إلى المرضى الخارجيين.

#### مستشفيات الصحة النفسية:

المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية وخدمات المراقبة للمرضى الداخليين الذين يعانون من مرض نفسي وخيم أو اضطرابات ناتجة عن معاقرة المخدرات . وتتطلب المعالجة غالباً إقامة مطولة في بيئة للمرضى الداخليين، تتضمن معالجة دوائية مركزة. ولتحقيق هذه المجموعة المعقدة من أئها، تقدم مستشفيات الصحة النفسية عادةً خدمات غير خدمات المرضى الداخليين، كالرعاية الصحية النفسية للمرضى الخارجيين، والاختبارات المخبرية السريرية، والخدمات الإشعاعية وخدمات تخطيط كهرباء الدماغ التشخيصية، والتي غالباً ما تتاح للمرضى الداخليين والخارجيين. ويستبعد من مستشفيات الصحة النفسية وحدات المرضى النفسية الداخليين المرتكز في المستشفيات العامة.

#### المستشفيات المتخصصة:

يضم هذا البند المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية، إضافة إلى خدمات المراقبة للمرضى المقيمين بنوع محدد من المرض أو الحالة الطبية.

#### التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت:

تضم فئة مرافق الرعاية طويلة الأمد للمقيمين المؤسسات المشتركة بصورة أولية في تقديم الرعاية طويلة الأمد للمقيمين والتي تشمل التمريض أو الإشراف أو الأنواع الأخرى من الرعاية التي يحتاجها المقيمون. وفي هذه المؤسسات، هنالك جزء مهم من عملية الإنتاج والرعاية المقدمة هي مزيج من الخدمات الصحية والاجتماعية، مع كون الخدمات الصحية عموماً



في مستوى الرعاية التمريضية، إلى جانب خدمات الرعاية الشخصية. إلا أن المكونات الطبية للرعاية أقل تركيزاً بكثير من تلك المقدمة في المستشفيات.

#### الممارسات الطبية:

يضم عيادات الممارسين للطب العام وعيادات الأطباء المتخصصين (باستثناء ممارسة طب الأسنان) والتي يحمل فيها الممارسون الأطباء درجة دكتور في الطب (وفق التصنيف المعياري الدولي للمهن (ISCO-08) رمز (2210)). كما تتضمن هذه المجموعة ممارسة الطب التقليدي المكمل والبديل المعتمد على ثقافة طبية مناسبة.

#### عيادات طب الأسنان:

يتألف هذا البند من المنشآت الصحية التي يديرها ويعمل بها طبيب أسنان، وبصورة رئيسية مستقلة تعمل في مجال ممارسة طب الأسنان المتخصص أو العام أو جراحة الأسنان. وتكون ضمن القطاع الخاص أو مجموعة عيادات أو في المرافق الأخرى، مثل المستشفيات والمراكز الطبية. ويمكن أن تقدم إما رعاية شاملة وقائية شاملة، أو تجميلية، أو في خدمات الطوارئ.

#### ممارسين لرعاية صحية أخرى:

تضم هذه الفئة الفرعية مجموعة مساعدي الأطباء والممارسين للمهن الصحية المستقلين الآخرين (غير المهن الطبية: الأطباء العاميين أو المتخصصين، وأطباء الأسنان)، مثل المعالجين أخصائيو البصر، والمعالجين النفسيين، واختصاصيي المعالجة الفيزيائية والمعالجة المهنية ومعالجة النطق، والمؤسسات الاختصاصية بالسمع. بصورة أولية يتم تقديم الرعاية للمرضى من خلال عيادات خارجية. وتكون ضمن القطاع الخاص أو مجموعة من المراكز، مثل المستشفيات والمراكز الطبية.

#### مراكز الرعاية الأولية:

وتضم المؤسسات العاملة في مجال توفير مجموعة واسعة من الخدمات للمرضى من قبل فريق من الأطباء والعاملين في مجال الطب، وموظفي الدعم في كثير من الأحيان، وعادة ما يجمع بين تخصصات عدة، لتقديم وظائف محددة في خدمة الرعاية الأولية والثانوية. هذه المؤسسات بصورة عامة تقدم العلاج للمرضى الذين لا يحتاجون لمبيت.

#### مقدمي الخدمات المساندة:

تضم هذه الفئة المؤسسات التي تقدم نوعاً من الخدمات المساندة المحددة مباشرة للمرضى ضمن العيادات الخارجية، بإشراف المهنيين في مجال الصحة وغير المغطاة بالمعالجة في المستشفيات، أو مرافق الرعاية التمريضية، أو مقدمي الرعاية الإسعافية، أو مقدمي الرعاية الآخرين. وهي تشمل مقدمي نقل المرضى والإنقاذ والطوارئ، والمختبرات الطبية والتشخيصية، ومختبرات الأسنان. ويمكن لمقدمي الرعاية المتخصصين هؤلاء طلب الدفع من مرضاهم مباشرة مقابل تقديم خدماتهم أو تقديم هذه الخدمات المساندة كمنافع عينية في عقود خدمات خاصة.

#### بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية:

ويضم هذا البند المؤسسات التي تمثل نشاط تجارة التجزئة وبيع السلع والمواد الطبية لعامة الناس لأغراض شخصية أو الاستهلاك المنزلي أو الاستخدام. وتشمل أيضاً المؤسسات التي تعمل في نشاط تصنيع السلع الطبية لبيعها للجمهور العام مباشرة للاستعمال الشخصي أو المنزلي بالإضافة إلى تكاليف تصنيع وتوصيل الأدوات الطبية.

**مقدمي خدمات الطب الوقائي:**

تضم هذه الفئة المنظمات التي تقدم بصورة أولية البرامج الوقائية الجماعية وبرامج الحملات الصحية، أو البرامج الصحية لمجموعات محددة من الأفراد، مثل الوكالات الخاصة بتعزيز وحماية الصحة أو المؤسسات الصحية العمومية إضافة إلى المؤسسات المتخصصة التي تقدم الرعاية الوقائية الأولية كمنشآت رئيسي لها. وهذا يشمل تعزيز وتحسين أنماط الحياة الصحية في المدارس من قبل متخصصين أو وكالات أو منظمات.

**مقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي:**

يضم هذا البند المؤسسات المشتركة بصورة أولية في تشريع نشاطات الوكالات التي تقدم الرعاية الصحية وفي الإدارة الشاملة لقطاع الرعاية الصحية، بما في ذلك إدارة التمويل الصحي. ومع أنه في المرتبة الأولى يرتبط بنشاطات الحكومة ووكالاتها في التحكم والإدارة لنظام الرعاية الصحية بمجمله، فإن الشأن الأخير يعكس الإدارة المرتبطة بزيادة الأموال وشراء سلع وخدمات الرعاية الصحية من قبل الوكلاء للقطاعات الخاص والعام.

**قطاعات الاقتصاد الأخرى:**

ويتألف هذا البند من الصناعات غير المصنفة في مكان آخر والتي تقدم الرعاية الصحية الثانوية أو غيرها من المنتجين. وتشمل منتجي الرعاية الصحية المهنية، والرعاية المنزلية المقدمة من خلال الأسر المعيشية بشكل خاص.

**باقي العالم لمزودي الخدمة الصحية:**

يشمل هذا البند كافة الوحدات غير المقيمة التي تقدم سلع وخدمات الرعاية الصحية إضافة إلى الوحدات المشتركة في نشاطات متصلة بالصحة. وفي كلتا الحالتين يتم تقديم الرعاية للاستخدام النهائي للمقيمين في البلاد.

**2.1 التصنيفات**

اعتمد في عملية جمع ومعالجة البيانات الإحصائية على التصنيفات المعتمدة والمستخدم في الجهاز وفق المعايير الدولية والتي تستند على نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 وبما يتلاءم مع الخصوصية الفلسطينية، حيث تم استخدام التصنيف أدناه في معالجة بيانات هذا التقرير:

- تصنيف نظام الحسابات الصحية الموحد- طبعة 2011، والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat).

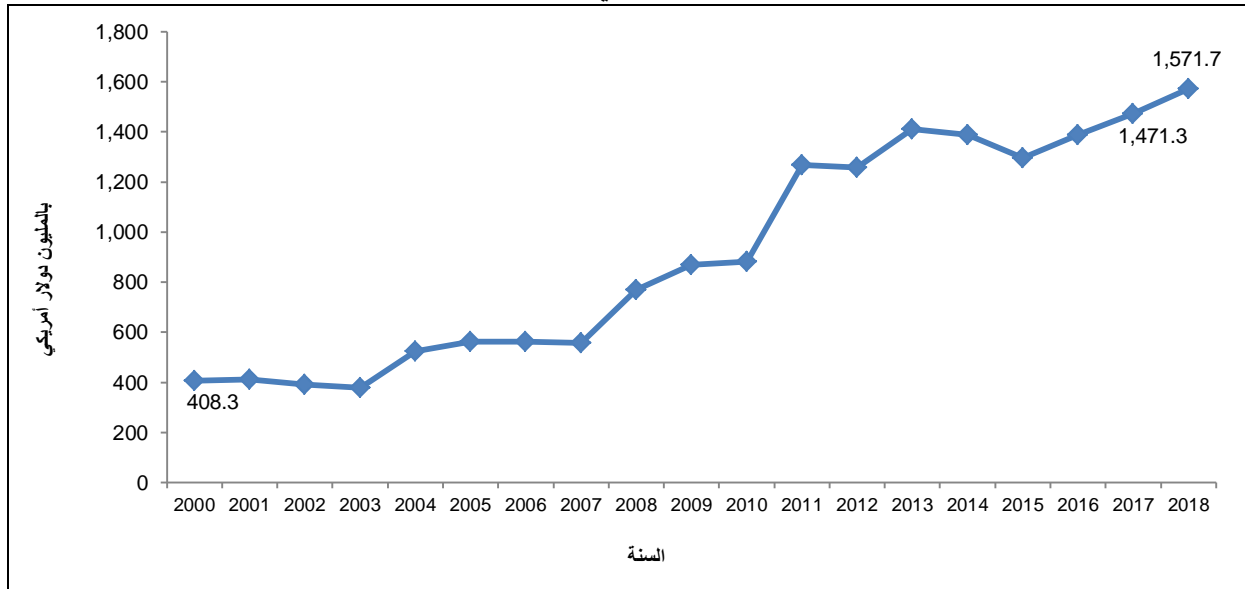
## الفصل الثاني

## النتائج الرئيسية

## 1.2 إجمالي الإنفاق على الصحة في فلسطين

تشير بيانات الحسابات الصحية الفلسطينية للعام 2018 إلى أن مجموع النفقات الجارية على الصحة بلغت 1,571.7 مليون دولار أمريكي بارتفاع نسبته 6.8% مقارنة مع العام 2017 الذي بلغ 1,471.3 مليون دولار أمريكي. بينما انخفض التكوين الرأسمالي الإجمالي المرصود على الصحة بنسبة 12.4% مقارنة مع العام 2017، حيث سجل 21.9 مليون دولار أمريكي خلال العام 2018، في حين بلغ 25.0 مليون دولار أمريكي في العام 2017. (أنظر/ي جدول 1)

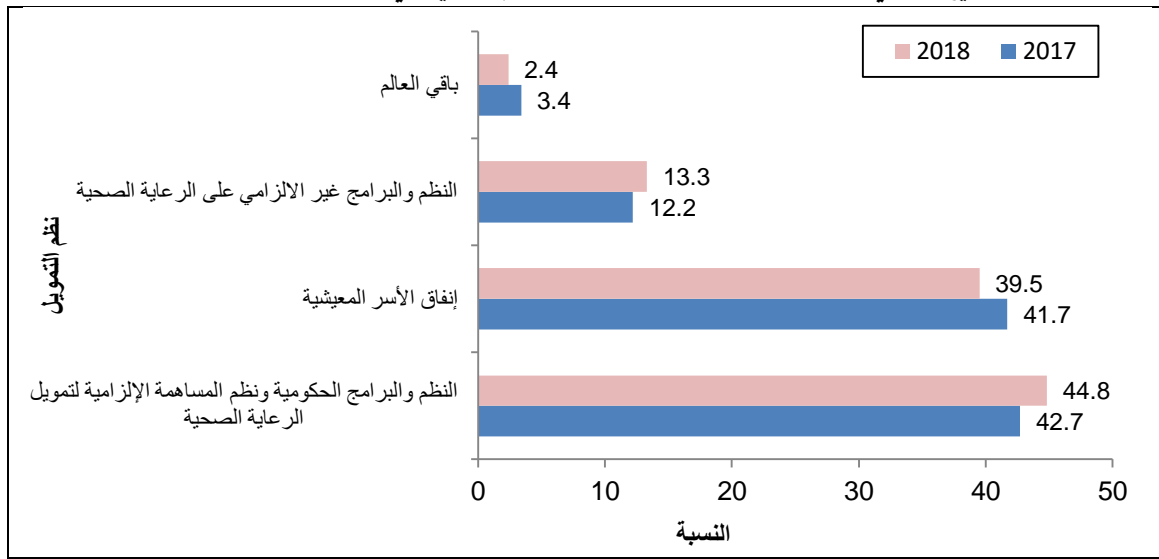
الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين، 2000-2018



## 2.2 الإنفاق الجاري على الصحة وفق نظم تمويل الرعاية الصحية

يقدم نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، إطاراً محاسبياً جديداً لمفاهيم التمويل الصحي، حيث تعتبر التصنيفات الثلاثة (نظم التمويل، وعائدات التمويل، ووكلاء التمويل) أدوات تبين بصورة شاملة تمويل الرعاية الصحية، وتدفق الموارد المالية في النظام الصحي. فنجد أن النسبة الأعلى لنظم التمويل هي لنظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية حيث سجلت 44.8% من إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة في العام 2018، بينما سجلت 42.7% في العام 2017. ويأتي ذلك مساهمة نظم التمويل الخاصة بمدفوعات الأسر المعيشية بواقع 39.5% و 41.7% للعامين 2018، و 2017 على التوالي، ويليهما النظم والبرامج غير الإلزامية على الرعاية الصحية الذي ساهم في تمويل القطاع الصحي بنسبة 13.3% في العام 2018، مقابل 12.2% في العام 2017. ويعتمد الاقتصاد الفلسطيني أيضاً على باقي العالم كأحد نظم المساهمة في الإنفاق الصحي وبلغت نسبة مساهمته 2.4% في العام 2018، مقابل 3.4% في العام 2017. (أنظر/ي جدول 2)

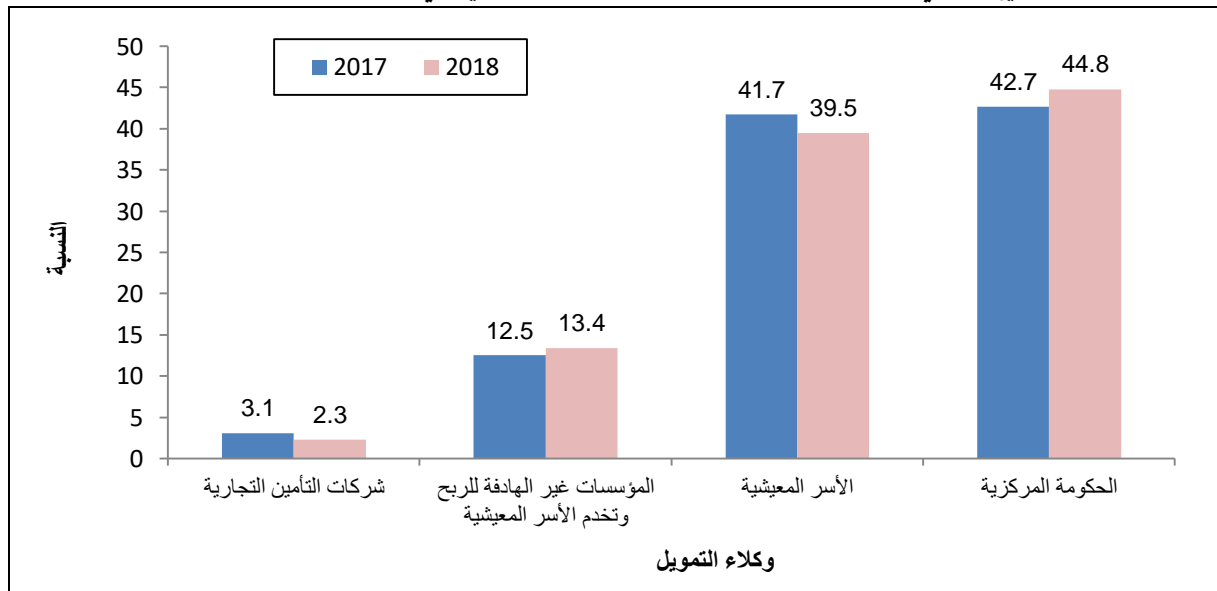
## التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة حسب نظم التمويل في فلسطين، 2017-2018



## 3.2 الإنفاق الجاري على الصحة وفق وكلاء التمويل

شكلت الحكومة المركزية أعلى نسبة مساهمة في الإنفاق على الصحة في العام 2018 وفق وكلاء التمويل، حيث بلغت 44.8% من إجمالي الإنفاق، وبلغت 42.7% في عام 2017. ويليه مساهمة الأسر المعيشية بنسبة 39.5% في العام 2018 والتي انخفضت عن العام 2017 حيث بلغت 41.7%. وبلغت نسبة مساهمة المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية 13.4% في العام 2018، و12.5% في عام 2017. بينما انخفضت نسبة مساهمة شركات التأمين التجارية من 3.1% في العام 2017 لتصل إلى 2.3% في العام 2018. (أنظر/ي جدول 3)

## التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة حسب وكلاء التمويل في فلسطين، 2017-2018



## 4.2 الإنفاق الجاري وفق وظائف الرعاية الصحية

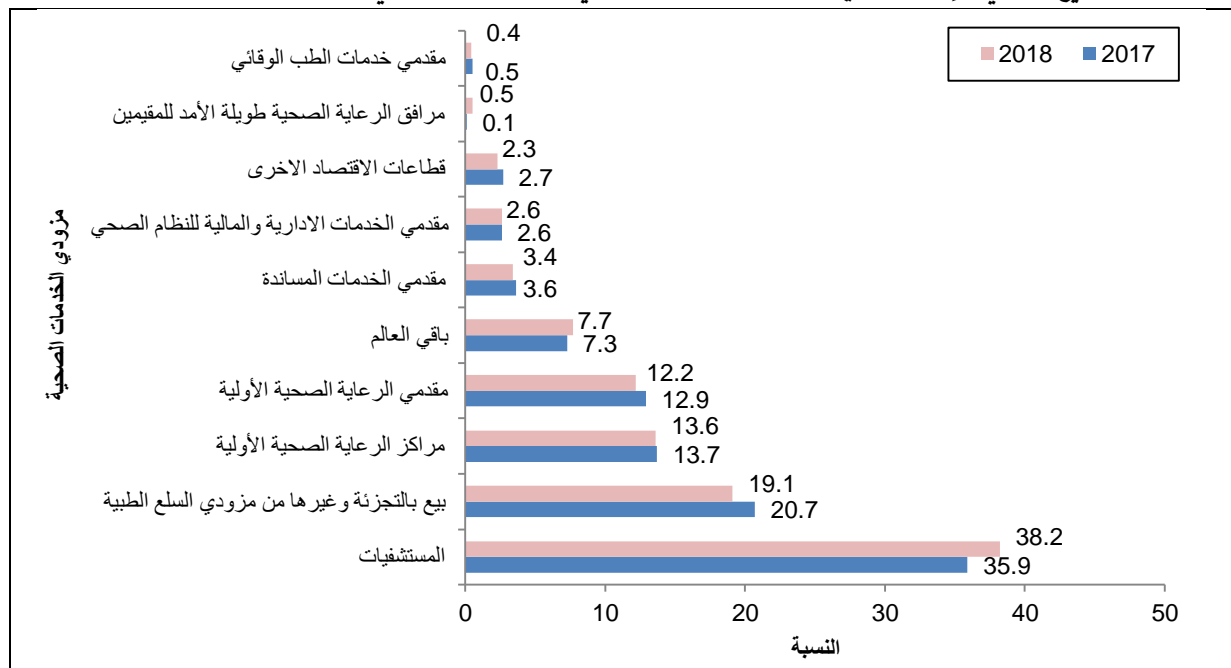
نجد أن الرعاية العلاجية (المرضى المدخلين، والعيادات الخارجية) استحوذت على النسبة الأعلى من الإنفاق على الخدمات الصحية حيث بلغت 68.8% من إجمالي الإنفاق خلال العام 2018، يليها الإنفاق على السلع الطبية بنسبة 19.3%، ويلها الرعاية الوقائية بنسبة 4.7%. بينما النسبة الأقل من إجمالي الإنفاق كانت لخدمات الرعاية التأهيلية بنسبة 0.2% والرعاية طويلة الأجل (للصحة) بنسبة 0.6%. (أنظر/ي جدول 4)

## 5.2 الإنفاق الجاري وفق مزودي الخدمات الصحية<sup>1</sup>

سجلت المستشفيات (العامة، والمتخصصة، ومستشفيات الصحة النفسية، والمستشفيات غير المصنفة) النسبة الأعلى للإنفاق الصحي وفق مزود الخدمة حيث بلغت 38.2%، و35.9% للعامين 2018 و2017 على التوالي، ويليه الإنفاق من خلال مراكز بيع التجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية، فقد بلغ 20.7% من إجمالي الإنفاق الجاري خلال العام 2017، والتي انخفضت في العام 2018 لتصل إلى 19.1% من إجمالي الإنفاق الجاري. بينما كانت النسبة الأدنى للمرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد للمقيمين بواقع 0.1% في العام 2017 حيث ارتفعت لتصل إلى 0.5% في العام 2018. (أنظر/ي جدول 5)

وتشير البيانات إلى أنه تم إنفاق ما نسبته 13.6% من إجمالي الإنفاق على الصحة على مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2018. (أنظر/ي جدول 5)

### التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة بحسب مزودي الخدمات الصحية في فلسطين، 2017-2018

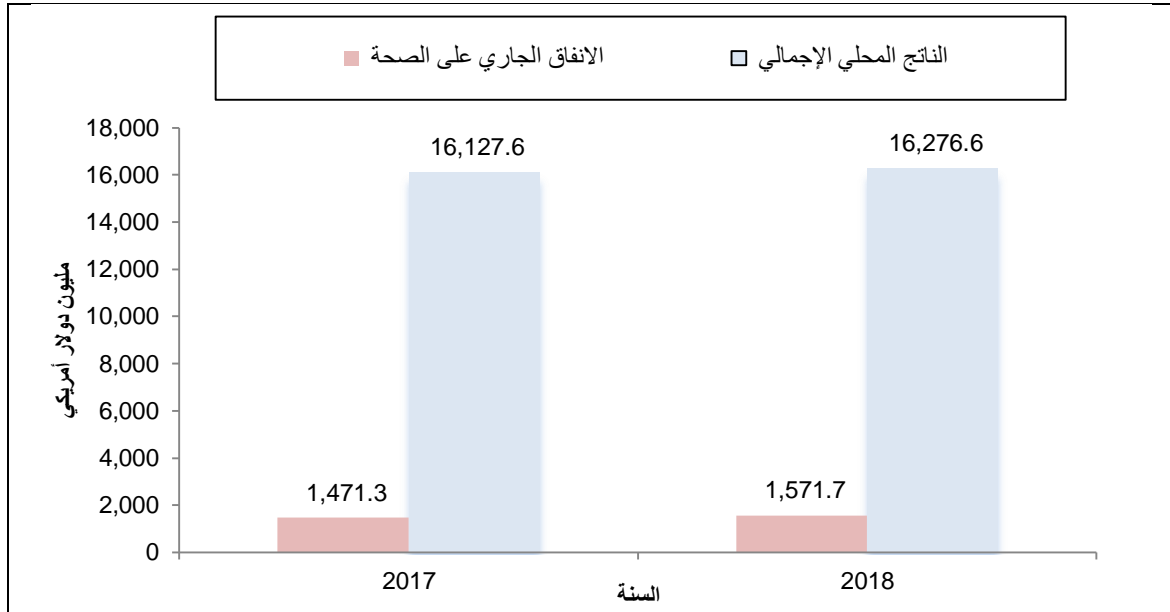


<sup>1</sup> تشمل جميع مصادر التمويل.

**6.2 إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية**

سجلت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين 9.8% خلال العام 2018، بينما في عام 2017 بلغت 9.3%. (أنظر/ي جدول 1).

وبلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة خلال العام 2017 ما قيمته 330.3 دولار أمريكي، في حين بلغ 344.0 دولار أمريكي في العام 2018<sup>2</sup>.

**إجمالي الإنفاق على الصحة والناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية في فلسطين، 2017-2018**

<sup>2</sup>نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج الإجمالي تشمل مجموع النفقات الجارية على الصحة مضاف له التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية.

## الفصل الثالث

### المنهجية

يتناول هذا الفصل منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية بالأسعار الجارية للأعوام 2000-2018، حيث سيتم التطرق إلى تبويب ومعالجة البيانات التي تم جمعها من جميع المصادر من أجل قياس الإنفاق على الصحة في فلسطين من حيث مزودي، ونظم تمويل الخدمات الصحية.

#### 1.3 نظرة عامة

##### 1.1.3 النظام الرئيسي للحسابات الصحية الفلسطينية

فيما يلي الأسس العامة التي اتبعت في إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية بالأسعار الجارية:

1. تحديث مصادر البيانات كلما كان ذلك ممكناً: حيث تم اعتماد مصادر البيانات الأكثر حداثة للسجلات الإدارية كالحكومة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا)، وتلك المتعلقة بتقديرات عدد السكان من واقع التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.
2. توحيد منهجية إعداد البيانات من مصادرها المختلفة عبر السنوات والتي توفر الأساس اللازم للقيام بأي عمليات لمقارنة البيانات أو احتساب لنسب التغير عبر السنوات.
3. توحيد مستوى التغطية للبيانات بما يضمن قدر الإمكان إزالة أثر أي معدلات زيادة ناجمة عن تطور التغطية الإحصائية عبر السنوات المختلفة.

##### 2.1.3 التغطية الجغرافية

للأغراض الإحصائية، تم النشر على مستوى فلسطين مستثنى منها ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

#### 2.3 منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية

##### 1.2.3 نظم التصنيف

إن مجموعة التصنيفات الفلسطينية للبيانات اعتمدت على التصنيف الدولي للحسابات الصحية المستخدم ضمن نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat)، والمتوافق مع نظام الحسابات القومية SNA 2008 باعتبار الحسابات الصحية الوطنية حقلاً من حقول الحسابات الفرعية التابعة والمدرجة ضمن النظام. يتم تصنيف البيانات حسب الأبعاد التالية: نظم التمويل، وكلاء التمويل، عوائد التمويل، وظائف الرعاية الصحية بالإضافة إلى مزودي الخدمة. بحيث تكون آلية معالجة الملفات معتمدة على الخطوات التالية:

1. تصنيف البيانات كخطوة أولى وفق الأبعاد المذكورة أعلاه، وحسب تصنيفات نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011).

2. ادخال ومعالجة البيانات وفق نظام محوسب.
  3. إعداد مصفوفات البيانات التجميعية لإجمالي الإنفاق على الصحة.
- وبناء عليه يتم توفير البيانات ضمن مجموعة من المصفوفات الإحصائية التي تعكس المعاملات المسجلة في الحسابات الصحية الفلسطينية وفق الأبعاد المذكورة أعلاه.

### 2.2.3 المعالجة الأولية للبيانات حسب المصدر

في عملية المعالجة الأولية لبيانات الحسابات الصحية للأعوام 2000-2018، تم معالجة كل مصدر من مصادر البيانات بمعزل عن البيانات من المصادر الأخرى، والغرض من هذه العملية هو:

1. الحصول على أرقام موثوق بها ومتسقة على مستوى المعاملات ذات الصلة مع الترميز والتصنيف الصحيح.
2. تسهيل وتسريع إعداد البيانات في السنوات المقبلة.

ملاحظات فنية	المصدر	القطاع الاقتصادي
<p>1. تم الحصول على البيانات التفصيلية للإيرادات والنفقات، بالإضافة إلى تكلفة العلاج في الخارج (خارج المستشفيات التابعة للقطاع الحكومي، أو خارج البلاد).</p> <p>2. تم تصنيف الإنفاق الحكومي الصحي من خلال وزارة الصحة وفق نظم التمويل بالاعتماد على مصادر التمويل للقطاع الحكومي.</p> <p>3. تم الاعتماد على نتائج دراسات تقدير تكلفة وظائف الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية، لتصنيف التكاليف الإجمالية حسب وظائف الرعاية الصحية.</p>	وزارة الصحة	القطاع الحكومي
<p>تم تقدير الإنفاق على الصحة من خلال الخدمات العسكرية بالاعتماد على أعداد المرضى المراجعين للخدمات العسكرية، وبشبات افتراض (أن تكاليف هذه الخدمات المقدمة من قبل الخدمات الطبية العسكرية على مستوى مماثل لتكلفة الخدمات المقدمة من قبل وزارة الصحة).</p>	السجلات الإدارية للخدمات الطبية العسكرية	



ملاحظات فنية	المصدر	القطاع الاقتصادي
يتم الاعتماد على الإنفاق الإجمالي للأونروا ومن ثم تقدير قيمة الإنفاق حسب البند بالاعتماد على عدد الطاقم الطبي، إضافة إلى عدد الزيارات لمراكز الرعاية الأولية والمستشفيات.	منظمة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا).	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية
تم العمل على تصنيف نظم تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح باعتماد نسبة توزيع إيرادات كل مؤسسة على حدا من الداخل والخارج.	المؤسسات غير الهادفة للربح من مسح الخدمات ضمن سلسلة المسوح الاقتصادية التي ينفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني سنوياً.	قطاع الأسر المعيشية
تم العمل على معالجة البنود الخاصة بالإنفاق على الصحة بحيث تكون ممثلة للأسر التي أنفقت على الصحة.	مسح إنفاق واستهلاك الأسرة الفلسطيني 2017.	شركات التأمين
تم الحصول على الأقساط المكتسبة والمستحقة حسب الوظيفة العلاجية المقدمة، وفي حال عدم توفر البيانات يتم تقديرها على المستوى التفصيلي للبيانات.	من خلال مرفق لمسح المالية والتأمين الذي ينفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بشكل سنوي، ويتضمن المرفق بيانات تتعلق بالتأمين الصحي.	القطاع الخاص الربحي
تم تحديد ما قامت الأسر الفلسطينية بتمويله مقابل الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمات الصحية والتي تغطي القطاع الخاص، بالإضافة إلى ما تم إنفاقه من قبل الأسر على الأدوية والأجهزة الطبية.	مسح إنفاق واستهلاك الأسرة الفلسطيني 2017.	



## الفصل الرابع

### الجودة

#### 1.4 الدقة

تم إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية في فلسطين بالاستناد إلى مجموعة من المصادر الإحصائية (مسوح وسجلات إدارية) والمنهجيات العلمية المعتمدة دولياً. كما أن كافة المعالجات للبيانات تتم بصورة آلية من خلال البرامج المحوسبة والتي تقلص كثيراً احتمالات الخطأ البشري. ويحتوي النظام المحوسب للملفات على مجموعة من الفحوص من خلال معادلات للتأكد من عدم وجود أخطاء في المعالجة أو التحويل أو غيرها. وتكفل هذه الإجراءات تهميش الأخطاء التي قد تتجم عن السهو أو عدم الدقة عند إعداد البيانات.

#### 2.4 مقارنة البيانات

قدم التقرير جداول الحسابات الصحية الفلسطينية للأعوام 2000-2018 حيث تم تنقيح بيانات الحسابات الصحية الفلسطينية للأعوام 2000-2017 اعتماداً على مجموعة من العوامل ذكرت بشكل مفصل في تنويه المستخدمين، التي تقدم صورة مفصلة حول تمويل القطاع الصحي في فلسطين من حيث: نظم التمويل، وكلاء التمويل، طبيعة عائدات التمويل. كما تقدم الجداول صورة مفصلة حول الوظائف الصحية المقدمة وقيمة الإنفاق من خلالها، بالإضافة إلى طبيعة مزودي الخدمات الصحية في فلسطين وقيمة الإنفاق من خلالها. وتم إعداد الجداول بطريقة تساعد مستخدم البيانات على الربط ما بين المتغيرات بحيث أعدت المصفوفات الخاصة بالإنفاق من قبل مزودي الخدمات مع تحديد نظم التمويل، والإنفاق الصحي من خلال الوظائف الصحية حسب نظم التمويل، بالإضافة إلى قيمة إنفاق مزودي الخدمات الصحية حسب الوظائف الصحية.

#### 3.4 جودة البيانات

##### 1.3.4 التغطية والشمول

عمل الجهاز منذ بداية إعداد منظومة الحسابات الصحية الفلسطينية بشكل حثيث على توسيع نطاق التغطية والشمول وذلك عن طريق الخطوات التالية:

- تنفيذ مسوح متخصصة تغطي الجوانب الصحية مثل مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها.
- إضافة مرفق خاص لبيانات التأمين الصحي ضمن مسح المالية والتأمين ويغطي كافة شركات التأمين.
- تحسين جودة البيانات الخاصة بتفصيل بنود الإنفاق الصحي حسب مزودي الخدمات والوظائف الصحية بالاعتماد على دراسات متخصصة.
- تحسين مستوى الاتساق العام لهيكلية البيانات: فبعد أن يتم تحديث البيانات من مصادرها المختلفة وتوحيد منهجية إعدادها ما أمكن ذلك، يتم النظر في هيكلية هذه البيانات من حيث نسبة مجموع الإنفاق الصحي لكل من مصادر التمويل، مزودي الخدمات الصحية، ووظائف الرعاية الصحية بالإضافة إلى مقارنة الاتساق العام للبيانات عبر السنوات.

#### 4.4 قضايا فنية

##### 1.4.4 قضايا فنية حول اعتماد نظام الحسابات الصحية الموحد الطبعة 2011

- فيما يلي أبرز القضايا التي تم العمل عليها خلال الانتقال لتبني نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، التي استدعت العمل على مراجعة آليات المعالجة للبيانات وتحديث مصادر البيانات على النحو التالي:
- معالجة مصادر التمويل الخاصة بالإنفاق الحكومي على الصحة، وذلك من خلال معالجة مصدر التمويل من وزارة الصحة من خلال توزيع الإيرادات الى: التمويل الخارجي (باقي العالم) و التمويل المحلي (الإيرادات المحلية) لوزارة الصحة.
  - العمل على اعتماد قيم الإنفاق الصحي من خلال مشاريع المانحين كما وردت ضمن المسوح الاقتصادية (إيرادات من الخارج) للمؤسسات الصحية غير الهادفة للربح، بالإضافة إلى نسبة التمويل الخارجي لوزارة الصحة، وذلك لعدم وجود مصدر موثوق يمكن الاعتماد عليه في تقدير نقص التغطية.
  - إعادة تصنيف المعاملات لتتواءم والتصنيفات الخاصة بنظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، علماً بأنه ووفق النظام الجديد تم نقل بعض الوظائف الخاصة بالرعاية الصحية الأساسية إلى وظائف تابعة للرعاية الصحية بالتالي تم استثناءها من الإنفاق الجاري على الصحة.
  - لموائمة المفاهيم الواردة في النظام تم إلغاء أقساط التأمين (للشركات، والحكومة)، والتي يتم دفعها من قبل الأسر المعيشية الفلسطينية من مجموع الإنفاق الأسري الفلسطيني، مع إضافة قيمة إنفاق الأسر على العلاج في الخارج وفق ما تم توفيره من المصدر.
  - وفق توجيهات دليل إعداد الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 تم الفصل بين الإنفاق الجاري على الصحة والإنفاق الرأسمالي كما هو وارد ضمن النظام.

##### 2.4.4 قضايا فنية أخرى

- وعلى الرغم من ذلك، تبقى هناك بعض الإشكاليات في مجال تطوير التغطية والشمول في البيانات، نوردتها في المحاور الرئيسية التالية:
- نقص في البيانات المالية الخاصة بقطاع الخدمات الطبية العسكرية، والتي تعتبر جزء من الإنفاق الحكومي.
  - فيما يتعلق بالمؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية، تم الاعتماد على مصدرين الأول وهو بيانات الأونروا (لأنها ذات وزن نسبي كبير في تقديم الخدمات الصحية في فلسطين)، بالإضافة إلى المؤسسات التابعة للجان الزكاة والمؤسسات الصحية الأخرى غير الهادفة للربح وتعمل على تقديم الخدمات الطبية في المحافظات المختلفة، والواردة في المسوح الاقتصادية، والتي تم إجراء عملية التوزيع لها لتعكس واقع الاقتصاد العام.
  - تم تقدير قيم الإنفاق على الصحة بشكل إجمالي على مستوى فلسطين لعدم توفر بيانات من مصدرها على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة كل منها على حده.

## الجداول الإحصائية Statistical Tables



## جدول 1: مؤشرات مختارة في فلسطين، 2000-2018

Table 1: Selected Indicators in Palestine, 2000-2018

المؤشر				السنة Year
نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)**	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دولار أمريكي)	التكوين الرأسمالي الاجمالي (مليون دولار أمريكي)	مجموع النفقات الجارية على الصحة (مليون دولار أمريكي)	
Health Expenditure as Percentage of GDP (%)**	Gross Domestic Product at Current Prices (Million USD)	Gross Capital Formation (Million USD)	Total Current Expenditure on Health (Million USD)	
9.7	4,313.6	10.7	408.3	2000
10.5	4,003.7	6.9	413.0	2001
11.4	3,555.8	14.3	392.8	2002
9.9	3,968.0	13.6	379.3	2003
11.7	4,603.1	12.6	523.8	2004
11.3	5,125.7	13.6	563.6	2005
10.8	5,348.3	17.3	561.7	2006
10.0	5,815.7	25.1	557.6	2007
10.8	7,310.4	16.4	769.5	2008
11.0	8,085.7	19.0	870.4	2009
9.3	9,681.5	17.2	881.5	2010
11.7	11,186.1	34.7	1,269.2	2011
10.5	12,208.4	29.6	1,257.6	2012
10.6	13,515.5	22.1	1,412.2	2013
10.0	13,989.7	16.2	1,387.8	2014
9.5	13,972.4	28.9	1,297.3	2015
9.1	15,405.4	20.9	1,387.1	2016
9.3	16,127.6	25.0	1,471.3	2017
9.8	16,276.6	21.9	1,571.7	2018

\* Includes Health promotion with multi-sectoral approach and School health services.

\*\* Share of total current expenditure on health to Gross Domestic Product includes gross capital formation in health care providers.

\* تشمل الخدمات الصحية التعزيزية عبر قطاعات متعددة، بالإضافة إلى خدمات الصحة المدرسية.

\*\* نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج الإجمالي تشمل مجموع النفقات الجارية على الصحة مضاف له التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية.

## جدول 2: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل، 2000-2018

Table 2: Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Schemes, 2000-2018

Financing Schemes									نظم التمويل	السنة Year
المجموع	باقي العالم	إنفاق الأسر المعيشية	نظم وبرامج تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر	نظم وبرامج التأمين الصحي غير الانزامي	النظم والبرامج غير الانزامية على الرعاية الصحية	نظم وبرامج التأمين الصحي الحكومي الاجتماعي	نظم وبرامج الحكومة المركزية	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية		
Total	Rest of the World	Household out-of-Pocket Payment	Non-Profit Institutions Serving Households (NPISH) Financing	Voluntary Health Care Insurance Schemes	Voluntary Health Care Payment Schemes	Social Health Insurance Schemes	Central Government Schemes	Government Schemes and Compulsory Contributory Health Care Financing Schemes		
100	6.1	38.5	16.7	2.6	19.3	7.2	28.9	36.1	2000	
100	6.1	40.0	20.1	2.1	22.2	4.6	27.1	31.7	2001	
100	8.3	36.0	17.3	2.2	19.5	5.6	30.6	36.2	2002	
100	5.2	40.3	11.1	2.6	13.7	6.9	33.9	40.8	2003	
100	2.8	36.2	18.3	2.2	20.5	5.8	34.7	40.5	2004	
100	2.6	37.0	11.2	2.7	13.9	5.3	41.2	46.5	2005	
100	2.5	41.3	13.1	3.2	16.3	5.4	34.5	39.9	2006	
100	1.5	37.3	11.9	3.0	14.9	4.9	41.4	46.3	2007	
100	2.3	35.8	13.3	3.1	16.4	3.7	41.8	45.5	2008	
100	3.9	39.2	9.5	3.0	12.5	3.4	41.0	44.4	2009	
100	0.7	36.0	13.4	2.2	15.6	2.2	45.5	47.7	2010	
100	2.4	44.6	13.0	2.0	15.0	2.4	35.6	38.0	2011	
100	2.4	43.8	14.1	1.9	16.0	2.1	35.7	37.8	2012	
100	4.2	42.7	10.3	2.1	12.4	2.0	38.7	40.7	2013	
100	2.1	44.4	8.0	3.0	11.0	3.1	39.4	42.5	2014	
100	1.5	44.8	10.0	2.1	12.1	3.3	38.3	41.6	2015	
100	1.9	42.7	12.6	2.8	15.4	2.8	37.2	40.0	2016	
100	3.4	41.7	9.1	3.1	12.2	4.0	38.7	42.7	2017	
100	2.4	39.5	10.9	2.4	13.3	4.2	40.6	44.8	2018	



جدول 3: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وكلاء التمويل، 2000-2018

Table 3: Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Agents, 2000-2018

Financing Agents						السنة Year
المجموع Total	باقي العالم Rest of the World	الأسر المعيشية Households	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر Non-Profit Institutions Serving	شركات التأمين التجارية Insurance Corporations	الحكومة المركزية Central Government	
100	-	38.5	22.8	2.6	36.1	2000
100	-	40.0	26.1	2.1	31.8	2001
100	-	36.0	25.0	2.2	36.8	2002
100	-	40.3	16.1	2.6	41.0	2003
100	-	36.2	21.1	2.2	40.5	2004
100	-	37.0	13.8	2.7	46.5	2005
100	-	41.3	15.4	3.2	40.1	2006
100	-	37.3	13.4	3.0	46.3	2007
100	-	35.8	15.6	3.1	45.5	2008
100	-	39.2	13.4	3.0	44.4	2009
100	-	36.0	14.1	2.2	47.7	2010
100	-	44.6	14.8	2.0	38.6	2011
100	-	43.8	15.8	1.9	38.5	2012
100	-	42.7	14.5	2.1	40.7	2013
100	-	44.4	10.1	3.0	42.5	2014
100	-	44.8	11.5	2.1	41.6	2015
100	-	42.7	14.5	2.8	40.0	2016
100	-	41.7	12.5	3.1	42.7	2017
100	-	39.5	13.4	2.3	44.8	2018

جدول 4: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وظائف الرعاية الصحية، 2000-2018

Table 4: Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Function of Health Care, 2000-2018

Function of Health Care								وظائف الرعاية الصحية	السنة Year
المجموع Total	الحكم، والنظام الصحي وإدارة التمويل Governance, Health System and Financing Administration	الرعاية الوقائية Preventive Care	السلع الطبية Medical Goods	خدمات الرعاية الصحية المساندة Ancillary Services (non-Specified by Function)	رعاية طويلة الأجل (للصحة) Long-Term Care (Health)	الرعاية التأهيلية Rehabilitative Care	الرعاية العلاجية Curative Care		
100	5.4	2.9	16.0	2.2	0.2	0.6	72.7	2000	
100	5.8	2.7	18.6	2.0	0.1	0.0	70.8	2001	
100	7.7	3.1	15.4	2.1	0.2	0.2	71.3	2002	
100	4.6	4.5	17.3	2.3	0.2	0.0	71.1	2003	
100	4.4	2.3	16.8	2.5	0.2	0.1	73.7	2004	
100	5.2	3.4	15.5	1.6	0.0	0.1	74.2	2005	
100	5.2	3.0	15.6	1.7	0.1	0.0	74.4	2006	
100	6.8	3.0	16.4	2.5	0.2	0.0	71.1	2007	
100	8.2	2.5	14.4	2.5	0.1	0.0	72.3	2008	
100	8.3	1.6	14.7	2.6	0.0	0.0	72.8	2009	
100	8.1	2.4	17.4	2.6	0.0	0.0	69.5	2010	
100	5.7	2.4	18.0	4.0	0.0	0.0	69.9	2011	
100	5.8	2.7	18.3	3.5	0.6	0.1	69.0	2012	
100	4.1	3.0	19.3	3.8	0.4	0.1	69.3	2013	
100	2.8	2.6	20.3	3.5	0.6	0.5	69.7	2014	
100	2.8	2.2	20.4	3.5	0.3	0.1	70.7	2015	
100	2.7	1.9	20.3	3.6	0.2	0.1	71.2	2016	
100	2.6	6.0	20.7	3.6	0.3	0.3	66.5	2017	
100	2.6	4.7	19.3	3.8	0.6	0.2	68.8	2018	

جدول 5: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية، 2000-2018

Table 5: Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers, 2000-2018

مزودي الخدمة الصحية										السنة Year
ممارسين للرعاية الصحية الأخرى Other Health Care Practitioners	عيادات طب الأسنان Dental Practice	ممارسات طبية Medical Practices	مقدمي الرعاية الصحية الأولية Providers of Ambulatory Health Care	مرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد للمقيمين Residential Long-Term Health Care Facilities	مستشفيات غير مصنفة* Unspecified Hospitals*	المستشفيات المتخصصة Specialized Hospitals	مستشفيات الصحة النفسية Mental Health Hospitals	المستشفيات العامة General Hospitals	المستشفيات Hospitals	
1.1	1.9	7.9	10.9	0.2	0.5	3.1	1.9	36.3	41.8	2000
0.9	2.6	7.9	11.4	0.1	0.5	3.5	1.3	31.6	36.9	2001
1.0	1.8	7.7	10.5	0.2	0.5	1.8	1.5	29.3	33.1	2002
2.8	2.0	8.9	13.7	0.2	0.6	3.0	1.3	31.0	35.9	2003
1.0	2.5	6.1	9.6	0.2	0.5	6.1	1.4	31.0	39.0	2004
0.6	3.3	6.4	10.3	0.0	0.6	3.8	1.6	26.8	32.8	2005
0.5	3.1	6.0	9.6	0.0	0.9	3.3	1.5	33.2	38.9	2006
0.2	3.7	7.3	11.2	1.3	0.8	4.1	1.7	30.6	37.2	2007
0.5	2.9	6.4	9.8	1.5	1.0	4.8	1.5	29.9	37.2	2008
0.5	2.7	5.2	8.4	3.5	1.0	7.7	1.4	28.0	38.1	2009
1.0	2.5	5.2	8.7	2.9	0.5	7.0	1.5	30.7	39.7	2010
0.8	3.5	6.5	10.8	1.6	0.3	3.3	1.3	30.2	35.1	2011
1.7	3.5	6.6	11.8	2.7	0.4	6.0	1.1	27.2	34.7	2012
1.1	4.4	6.4	11.9	1.0	0.4	7.6	0.7	27.6	36.3	2013
1.3	3.7	7.0	12.0	1.1	1.0	9.0	0.8	25.6	36.4	2014
0.5	3.8	7.7	12.0	0.2	0.3	10.4	0.8	26.7	38.2	2015
0.2	3.7	7.8	11.7	0.1	0.5	9.6	0.7	27.0	37.8	2016
0.3	3.5	9.1	12.9	0.1	0.4	11.8	0.7	23.0	35.9	2017
0.3	3.3	8.6	12.2	0.5	0.5	13.9	0.7	23.1	38.2	2018

\* Hospitals data through Insurance corporations were not classified.

\* لم يتم تصنيف بيانات الإنفاق الخاصة بالمستشفيات من قبل شركات التأمين.

جدول 5 (تابع): التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية، 2000 - 2018  
**Table 5 (Cont): Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers, 2000- 2018**

Health Care Providers								السنة Year
المجموع Total	باقي العالم Rest of the World	قطاعات الاقتصاد الأخرى Rest of the Economy	مقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي Providers of Health care System Administration and Financing	مقدمي خدمات الطب الوقائي Providers of Preventive Care	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية Retailers and Other Providers of Medical Goods	مقدمي الخدمات المساندة Providers of Ancillary Services	مراكز الرعاية الصحية الأولية Ambulatory Health Care Centers	
100	1.0	5.9	6.7	0.2	16.0	2.2	15.1	2000
100	1.2	7.4	7.0	0.2	18.6	2.0	15.2	2001
100	1.4	9.1	6.6	2.8	15.3	2.1	18.9	2002
100	6.1	4.8	5.4	0.3	17.3	2.4	13.9	2003
100	9.9	2.3	5.6	0.2	16.4	2.1	14.7	2004
100	16.4	3.5	6.7	0.2	14.5	1.5	14.1	2005
100	10.9	4.2	6.9	0.4	14.4	1.6	13.1	2006
100	8.0	0.3	8.4	1.0	16.4	2.3	13.9	2007
100	9.6	0.2	9.6	0.4	14.3	2.4	15.0	2008
100	9.9	0.0	9.6	0.1	14.7	2.5	13.2	2009
100	4.5	0.6	8.9	0.1	17.2	2.5	14.9	2010
100	8.8	0.2	7.3	0.5	17.9	4.0	13.8	2011
100	8.5	0.7	7.2	0.4	18.1	3.4	12.5	2012
100	8.8	0.6	3.9	0.7	18.5	3.4	14.9	2013
100	7.8	0.4	3.1	0.5	20.0	3.5	15.2	2014
100	7.0	0.2	2.8	0.9	20.3	3.5	14.9	2015
100	8.1	1.9	2.7	0.5	20.3	3.5	13.4	2016
100	7.3	2.7	2.6	0.5	20.7	3.6	13.7	2017
100	7.7	2.3	2.6	0.4	19.1	3.4	13.6	2018

## جدول 6: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية ووظائف الرعاية الصحية، 2017-2018

Table 6: Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers and Function of Health Care, 2017- 2018

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Health Care Providers	وظائف الرعاية الصحية								السنة Year	مزودي الخدمة الصحية
	المجموع Total	الحكم، والنظام الصحي وإدارة التمويل Governance, Health System and Financing Administration	الرعاية الوقائية Preventive Care	السلع الطبية Medical Goods	خدمات الرعاية الصحية المساندة Ancillary Services (non-Specified by Function)	رعاية طويلة الأجل (للصحة) Long-Term Care (Health)	الرعاية التأهيلية Rehabilitative Care	الرعاية العلاجية Curative Care		
General Hospitals	338,086.5	-	-	-	-	-	-	338,086.5	2017	المستشفيات العامة
	363,597.8	-	-	-	-	-	-	363,597.8	2018	
Mental Health Hospitals	10,253.8	-	-	-	-	-	-	10,253.8	2017	مستشفيات الصحة النفسية
	10,486.6	-	-	-	-	-	-	10,486.6	2018	
Specialized Hospitals	173,822.5	-	-	-	-	-	-	173,822.5	2017	المستشفيات المتخصصة
	217,871.0	-	-	-	-	-	-	217,871.0	2018	
*Unspecified Hospitals	6,185.5	-	-	-	-	-	-	6,185.5	2017	مستشفيات غير مصنفة*
	8,132.2	-	-	-	-	-	-	8,132.2	2018	
Residential Long-Term Health Care Facilities	1,251.4	-	-	-	-	867.4	-	384.0	2017	مرافق الرعاية الصحية مع إقامة طويلة الأمد
	7,252.1	-	-	-	-	7,019.7	-	232.4	2018	
Medical Practices	133,703.8	-	-	-	-	-	-	133,703.8	2017	ممارسات طبية
	134,688.7	-	-	-	-	-	-	134,688.7	2018	
Dental Practice	52,542.5	-	-	-	-	-	-	52,542.5	2017	عيادات طب الأسنان
	52,793.6	-	-	-	-	-	-	52,793.6	2018	
Other Health Care Practitioners	3,982.2	-	1,172.6	-	-	-	1,632.7	1,176.9	2017	ممارسين للرعاية الصحية الأخرى
	4,035.3	-	1,140.3	-	-	-	1,685.8	1,209.2	2018	

\* Hospitals data through Insurance corporations were not classified.

\* لم يتم تصنيف بيانات الإنفاق الخاصة بالمستشفيات من قبل شركات التأمين.

## جدول 6 (تابع): الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية ووظائف الرعاية الصحية، 2017-2018

Table 6 (Cont): Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers and Function of Health Care, 2017- 2018

Value in USD 1000

القيمة بالألف دولار أمريكي

Health Care Providers	وظائف الرعاية الصحية								السنة Year	مزودي الخدمة الصحية
	المجموع Total	الحكم، والنظام الصحي وإدارة التمويل Governance, Health System and Financing Administration	الرعاية الوقائية Preventive Care	السلع الطبية Medical Goods	خدمات الرعاية الصحية المساندة Ancillary Services (non- Specified by Function)	رعاية طويلة الأجل (للصحة) Long-Term Care (Health)	الرعاية التأهيلية Rehabilitative Care	الرعاية العلاجية Curative Care		
Ambulatory Health Care Centers	201,100.6	-	61,532.7	-	1,043.2	-	1,471.5	137,053.2	2017	مراكز الرعاية الصحية
	214,389.1	-	55,123.9	3,375.9	5,462.4	-	1,412.0	149,014.9	2018	الأولية
Providers of Ancillary Services	52,462.0	-	-	-	52,462.0	-	-	-	2017	مقدمي الخدمات المساندة
	53,281.3	-	-	-	53,250.2	-	-	31.1	2018	
Retailers and Other Providers of Medical Goods	304,840.4	-	-	304,840.4	-	-	-	-	2017	بيع بالتجزئة وغيرها من
	300,089.3	-	-	300,089.3	-	-	-	-	2018	مزودي السلع الطبية
Providers of Preventive Care	6,924.4	-	6,924.4	-	-	-	-	-	2017	مقدمي خدمات الطب
	6,743.8	-	6,743.8	-	-	-	-	-	2018	الوقائي
Providers of Health Care System Administration and Financing	37,977.0	37,977.0	-	-	-	-	-	-	2017	مقدمي الخدمات الإدارية
	40,917.1	40,917.1	-	-	-	-	-	-	2018	والمالية للنظام الصحي
Rest of the economy	40,438.9	-	18,729.5	-	-	2,893.7	785.4	18,030.3	2017	قطاعات الاقتصاد الأخرى
	35,640.2	-	11,380.8	-	-	2,388.2	353.4	21,517.8	2018	
Rest of the World	107,681.6	-	-	-	-	-	-	107,681.6	2017	باقي العالم
	121,779.1	-	-	-	-	-	-	121,779.1	2018	
Total	1,471,253.1	37,977.0	88,359.2	304,840.4	53,505.2	3,761.1	3,889.6	978,920.6	2017	المجموع
	1,571,697.2	40,917.1	74,388.8	303,465.2	58,712.6	9,407.9	3,451.2	1,081,354.4	2018	

\* Hospitals data through Insurance corporations were not classified.

\* لم يتم تصنيف بيانات الانفاق الخاصة بالمستشفيات من قبل شركات التأمين.

## جدول 7: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمة الصحية ونظم التمويل، 2017-2018

Table 7: Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers and Financing Schemes, 2017-2018

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Health Care Providers	Financing schemes										مزودي الخدمة الصحية
	المجموع		باقي العالم		إنفاق الأسر المعيشية		النظم والبرامج غير الإلزامية على الرعاية الصحية		النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية		
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	
<b>Hospitals</b>	<b>600,087.6</b>	<b>528,348.3</b>	8,320.5	4,687.3	55,902.6	52,874.3	88,720.4	72,819.0	447,144.1	397,967.7	المستشفيات
General Hospitals	363,597.8	338,086.5	8,320.5	4,687.3	55,902.6	52,874.3	53,050.0	36,750.7	246,324.7	243,774.2	المستشفيات العامة
Mental Health Hospitals	10,486.6	10,253.8	-	-	-	-	-	-	10,486.6	10,253.8	مستشفيات الصحة النفسية
Specialized Hospitals	217,871.0	173,822.5	-	-	-	-	27,538.2	29,882.8	190,332.8	143,939.7	المستشفيات المتخصصة
Unspecified Hospitals*	8,132.2	6,185.5	-	-	-	-	8,132.2	6,185.5	-	-	مستشفيات غير مصنفة*
<b>Residential Long-Term Health Care Facilities</b>	<b>7,252.1</b>	<b>1,251.4</b>	2,925.6	460.6	647.4	630.1	3,679.1	160.7	-	-	مرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد للمقيمين
<b>Providers of Ambulatory Health Care</b>	<b>191,517.6</b>	<b>190,228.5</b>	11,093.3	13,739.2	156,195.4	155,170.3	24,228.9	21,319.0	-	-	مقدمي الرعاية الصحية الأولية
Medical Practices	134,688.7	133,703.8	10,584.8	12,812.4	102,200.3	101,528.1	21,903.6	19,363.3	-	-	ممارسات طبية
Dental Practice	52,793.6	52,542.5	3.4	57.3	52,785.9	52,465.3	4.3	19.9	-	-	عيادات طب الأسنان
Other Health Care Practitioners	4,035.3	3,982.2	505.1	869.5	1,209.2	1,176.9	2,321.0	1,935.8	-	-	ممارسين للرعاية الصحية الأخرى
<b>Ambulatory Health Care Centers</b>	<b>214,389.1</b>	<b>201,100.6</b>	752.9	2,436.3	18,864.1	17,742.1	52,805.9	51,051.7	141,966.2	129,870.5	مراكز الرعاية الصحية الأولية
<b>Providers of Ancillary Services</b>	<b>53,281.3</b>	<b>52,462.0</b>	13.8	180.8	48,597.5	47,299.6	4,670.0	4,981.6	-	-	مقدمي الخدمات المساندة
<b>Retailers and Other Providers of Medical Goods</b>	<b>300,089.3</b>	<b>304,840.4</b>	-	-	291,753.6	291,618.6	8,335.7	13,221.8	-	-	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية
<b>Providers of Preventive Care</b>	<b>6,743.8</b>	<b>6,924.4</b>	-	-	6,743.8	6,924.4	-	-	-	-	مقدمي خدمات الطب الوقائي
<b>Providers of Health Care System Administration and Financing</b>	<b>40,917.1</b>	<b>37,977.0</b>	-	-	694.3	650.5	6,955.1	4,797.1	33,267.7	32,529.4	مقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي
<b>Rest of the Economy</b>	<b>35,640.2</b>	<b>40,438.9</b>	15,283.6	29,147.1	1,136.4	1,129.0	19,220.2	10,162.8	-	-	قطاعات الاقتصاد الأخرى
<b>Rest of the World</b>	<b>121,779.1</b>	<b>107,681.6</b>	-	-	40,208.0	39,945.3	-	-	81,571.1	67,736.3	باقي العالم
<b>Total</b>	<b>1,571,697.2</b>	<b>1,471,253.1</b>	<b>38,389.7</b>	<b>50,651.3</b>	<b>620,743.1</b>	<b>613,984.2</b>	<b>208,615.3</b>	<b>178,513.7</b>	<b>703,949.1</b>	<b>628,103.9</b>	المجموع

\* Hospitals data through Insurance corporations were not classified.

\* لم يتم تصنيف بيانات الإنفاق الخاصة بالمستشفيات من قبل شركات التأمين.

جدول 8: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب عائدات نظم التمويل الصحية ونظم التمويل، 2017-2018

**Table 8: Current Expenditure on Health in Palestine by Revenues of Health Care Financing Schemes and Financing Schemes, 2017-2018**

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Revenues of Health Care Financing Schemes	Financing Schemes					السنة Year	عائدات نظم التمويل الصحية
	المجموع Total	باقي العالم Rest of the World	إنفاق الأسر المعيشية Household out-of-Pocket Payment	النظم والبرامج غير الالتزامية على الرعاية Voluntary Health Care Payment Schemes	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية Government Schemes and Compulsory Contributory Health Care Financing Schemes		
Transfers from Government Domestic Revenues	353,327.4	-	-	-	353,327.4	2017	التحويلات من العائدات المحلية
	397,081.5	-	-	-	397,081.5	2018	الحكومية
Transfers Distributed by Government from Foreign Origin	215,403.0	-	-	-	215,403.0	2017	التحويلات التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية أجنبية
	240,087.3	-	-	-	240,087.3	2018	
Social Insurance Contributions	59,373.5	-	-	-	59,373.5	2017	مساهمات التأمين الاجتماعي
	66,780.3	-	-	-	66,780.3	2018	
Voluntary Prepayment	45,094.8	-	-	45,094.8	-	2017	الدفع غير الإلزامي
	36,926.4	-	-	36,926.4	-	2018	
Other Revenues (n.e.c.)	738,764.8	50,651.3	613,984.2	74,129.3	-	2017	عائدات غير مصنفة في مكان آخر
	768,152.8	38,389.7	620,743.1	109,020.0	-	2018	
Direct Foreign Transfers	59,289.6	-	-	59,289.6	-	2017	التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة
	62,668.9	-	-	62,668.9	-	2018	
<b>Total</b>	<b>1,471,253.1</b>	<b>50,651.3</b>	<b>613,984.2</b>	<b>178,513.7</b>	<b>628,103.9</b>	2017	<b>المجموع</b>
	<b>1,571,697.2</b>	<b>38,389.7</b>	<b>620,743.1</b>	<b>208,615.3</b>	<b>703,949.1</b>	2018	



## جدول 9: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل ووكلاء التمويل، 2017-2018

Table 9: Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Schemes and Financing Agents, 2017-2018

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Financing Schemes	Financing Agents					السنة Year	نظم التمويل
	المجموع Total	الأسر المعيشية Households	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية Non-Profit Institutions Serving Households (NPISH)	شركات التأمين Insurance Corporations	الحكومة المركزية Central Government		
Government Schemes and Compulsory Contributory Health Care Financing Schemes	628,103.9	-	-	-	628,103.9	2017	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة
	703,949.1	-	-	-	703,949.1	2018	الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية
Voluntary Health Care Payment Schemes	178,513.7	-	133,418.8	45,094.9	-	2017	نظم وبرامج الانفاق غير الإلزامية على
	208,615.3	-	171,688.9	36,926.4	-	2018	الرعاية الصحية
Household out-of-Pocket Payment	613,984.2	613,984.2	-	-	-	2017	انفاق الأسر المعيشية
	620,743.1	620,743.1	-	-	-	2018	
Rest of the World	50,651.3	-	50,651.3	-	-	2017	باقي العالم
	38,389.7	-	38,389.7	-	-	2018	
<b>Total</b>	<b>1,471,253.1</b>	<b>613,984.2</b>	<b>184,070.1</b>	<b>45,094.9</b>	<b>628,103.9</b>	2017	<b>المجموع</b>
	<b>1,571,697.2</b>	<b>620,743.1</b>	<b>210,078.6</b>	<b>36,926.4</b>	<b>703,949.1</b>	2018	

## جدول 10: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وظائف الرعاية الصحية ونظم التمويل، 2017-2018

Table 10: Current Expenditure on Health in Palestine by Function of Health Care and Financing Schemes, 2017-2018

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Function of Health Care	Financing Schemes					السنة Year	وظائف الرعاية الصحية
	المجموع Total	باقي العالم Rest of the World	إنفاق الأسر المعيشية Household out-of-Pocket Payment	النظم والبرامج غير الإلزامية على الرعاية الصحية Voluntary Health Care Payment Schemes	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية Government Schemes and Compulsory Contributory Health Care Financing Schemes		
Curative Care	978,920.6	33,647.0	264,688.8	101,667.5	578,917.3	2017	الرعاية العلاجية
	1,081,354.4	29,309.8	270,098.2	128,300.2	653,646.2	2018	
Unspecified Inpatient Curative Care	434,847.7	-	648.9	23,126.4	411,072.4	2017	الخدمات العلاجية المقدمة
	491,456.6	-	1,141.7	17,473.5	472,841.4	2018	للمرضى المدخلين غير مصنفة
Outpatient Curative Care	453,277.6	33,647.0	179,430.1	72,355.6	167,844.9	2017	الخدمات العلاجية المقدمة
	494,589.7	29,309.8	181,780.6	102,694.5	180,804.8	2018	للمرضى العيادات الخارجية
- Dental Outpatient Curative Care	54,521.1	-	52,465.3	2,055.8	-	2017	- الخدمات العلاجية المقدمة
	55,112.7	-	52,785.9	2,326.8	-	2018	للمرضى عيادات الأسنان
- Specialised Outpatient Curative Care	1,510.1	123.0	-	1,387.1	-	2017	- الخدمات العلاجية المقدمة من
	2,383.3	129.2	-	2,254.1	-	2018	خلال عيادات متخصصة
- Unspecified Outpatient Curative Care (n.e.c.)	397,246.4	33,524.0	126,964.8	68,912.7	167,844.9	2017	- خدمات علاجية من خلال
	437,093.7	29,180.6	128,994.7	98,113.6	180,804.8	2018	عيادات خارجية غير مصنفة
Unspecified curative care (n.e.c)	90,795.3	-	84,609.8	6,185.5	-	2017	خدمات علاجية غير مصنفة
	95,308.1	-	87,175.9	8,132.2	-	2018	
Rehabilitative Care	3,889.6	582.3	-	3,307.3	-	2017	الرعاية التأهيلية
	3,451.2	156.5	-	3,294.7	-	2018	

## جدول 10 (تابع): الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وظائف الرعاية الصحية ونظم التمويل، 2017-2018

Table 10 (Cont): Current Expenditure on Health in Palestine by Function of Health Care and Financing Schemes, 2017-2018

Value in USD 1000

القيمة بالألف دولار أمريكي

Function of Health Care	Financing Schemes					السنة Year	وظائف الرعاية الصحية
	المجموع Total	باقي العالم Rest of the World	إنفاق الأسر المعيشية Household out-of-Pocket Payment	النظم والبرامج غير الإلزامية على الرعاية الصحية Voluntary Health Care Payment Schemes	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية Government Schemes and Compulsory Contributory Health Care Financing Schemes		
Inpatient Rehabilitative Care	1,471.6	-	-	1,471.6	-	2017	الرعاية التأهيلية للمرضى المقيمين
	1,412.0	-	-	1,412.0	-	2018	
Unspecified Rehabilitative Care (n.e.c)	2,418.0	582.3	-	1,835.7	-	2017	الرعاية التأهيلية غير المصنفة
	2,039.2	156.5	-	1,882.7	-	2018	
Long-Term Care (Health)	3,761.1	1,484.4	1,759.1	517.6	-	2017	رعاية طويلة الأجل (للصحة)
	9,407.9	3,377.1	1,783.8	4,247.0	-	2018	
Ancillary Services (non-Specified by Function)	53,505.2	180.8	48,342.8	4,981.6	-	2017	خدمات الرعاية الصحية
	58,712.6	-	49,669.3	9,043.3	-	2018	المساندة (غير محددة بوظيفة)
Medical Goods	304,840.4	-	291,618.6	13,221.8	-	2017	السلع الطبية
	303,465.2	-	291,753.7	11,711.5	-	2018	
Preventive Care	88,359.2	14,756.8	6,924.4	50,020.8	16,657.2	2017	الرعاية الوقائية
	74,388.8	5,546.3	6,743.8	45,063.5	17,035.2	2018	
Governance, Health System and Financing Administration	37,977.0	-	650.5	4,797.1	32,529.4	2017	الحكم، والنظام الصحي وإدارة
	40,917.1	-	694.3	6,955.1	33,267.7	2018	التمويل
Total	1,471,253.1	50,651.3	613,984.2	178,513.7	628,103.9	2017	المجموع
	1,571,697.2	38,389.7	620,743.1	208,615.3	703,949.1	2018	



**State of Palestine**

**Palestinian Central  
Bureau of Statistics**

**Ministry of  
Health**

**Palestinian Health Accounts 2000- 2018  
(Revised Time Series)**



**PCBS**

April, 2020

PAGE NUMBERS OF ENGLISH TEXT ARE PRINTED IN SQUARE BRACKETS.  
TABLES ARE PRINTED IN ARABIC ORDER (FROM RIGHT TO LEFT).

This document is prepared in accordance with the standard procedures stated in the Code of Practice for Palestine Official Statistics 2006



التعداد الزراعي  
Agriculture Census  
2020

© April 2020.  
All rights reserved.

**Citation:**

**Palestinian Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, 2020.** *Palestinian Health Accounts 2000- 2018*: Ramallah - Palestine.

All correspondence should be directed to:

**Palestinian Central Bureau of Statistics**  
**P.O. Box 1647, Ramallah- Palestine.**

Tel: (972/970) 2 2982700  
Fax: (972/970) 2 2982710  
E-Mail: [diwan@pcbs.gov.ps](mailto:diwan@pcbs.gov.ps)  
Toll free.: 1800300300  
Web-site: <http://www.pcbs.gov.ps>

Or

**Ministry of Health**  
**P.O. Box 14, Nablus- Palestine.**

Tel: (972/970) 9 238 4771-6  
Fax: (972/970) 9 238 4777  
E-Mail: [Palestinian.ministry.of.health@gmail.com](mailto:Palestinian.ministry.of.health@gmail.com)  
Web-site: <http://www.moh.ps>



Reference ID: 2517

## **Acknowledgement**

**The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) extends its sincere gratitude and appreciation to all the major official sources of data for their contribution to the success of collecting the data required for the compilation of the Palestinian Health Accounts.**

**The Palestinian Health Accounts report for 2000- 2018 was prepared by a technical team from PCBS in partnership with the Ministry of Health with joint funding by the State of Palestine and the Core Funding Group (CFG) for the year 2020, represented by the Representative Office of Norway to the State of Palestine.**

**PCBS also extends its sincere gratitude and appreciation to the members of the Core Funding Group (CFG) for their invaluable contribution in funding the project.**



## Work Team

- **Technical Team**

- **Palestinian Central Bureau of Statistics**

Amneh Al Natshah

Rami Al Dibs

Hani Al Ahmad

Shorouq Akel

- **Ministry of Health**

Samer Jaber

- **Report Preparation**

Shorouq Akel

Amneh Al Natshah

- **Dissemination Standards**

Hanan Janajreh

- **Preliminary Review**

Mohammad Qalalwa

Saleh Al Kafri, Ph.D

Maher Sbieh

Rania Abu Ghaboush

- **Final Review**

Inaya Zidan

- **Overall Supervision**

Dr. Ola Awad

President of PCBS





## Notice for Users

When reviewing this report, the following notes should be taken into consideration:

- Revising the Palestinian health accounts data for the years 2000-2017 was based on a set of factors that necessitated the revision:
  1. Preparing health expenditure data in Palestine for 2000-2014 using the System of Health Accounts (SHA 2011), issued by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), World Health Organization (WHO) and Statistical Office of European Union (Eurostat), as a framework of comprehensive work that directs all statistical efforts in the health field. While the previous data was published for the years 2000-2014 depended on the System of Health Accounts, 2000 edition that was issued by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).
  2. Implementing the Population, Housing and Establishments Census 2017 which provided better coverage for the establishments framework of the economic surveys. In the meantime and according to the international recommendations, data must be revised when a better coverage is available. Therefore, PCBS follows the international recommendations in revising data between the two censuses.
  3. Implementing the Household Expenditure and Consumption Survey 2017, which allowed improving the quality of the estimates for the previous years of the survey 2013-2016.
  4. Relying on the revision of the economic surveys data for the years 2000-2008 according to the International Standard Industrial Classification of all economic activities (ISIC Rev.4).
- Depending on the data of Palestinian Ministry of Health as a source of total expenditure on outpatient treatment.
- SHA 2011 introduces a number of changes and improvements compared with the previous system of health accounts, which can be summarized as follows:
  - It reinforces the tri-axial relationship between financing, consumption and providing, that is a detailed explanation of what was consumed in addition to identifying the source of financing and who provided health services or goods.
  - The system offers more comprehensive coverage within the functional classification in specific areas, for example: prevention and long-term care and gives a more concise picture of health care providers.
  - Using the new classification of financing (financing schemes and revenues of health care financing).
- Expenditure transactions were recorded from some sources in New Israeli Shekel (NIS) while the data processed to be published in US Dollar. The following table presents USD-NIS exchange rate evolution over the period of 2000-2018:

<b>Year</b>	<b>Annual average of exchange rate</b>
2000	4.0778
2001	4.2084
2002	4.7330
2003	4.5513
2004	4.4775
2005	4.4849
2006	4.4545
2007	4.1139
2008	3.5816
2009	3.9699
2010	3.7315
2011	3.5784
2012	3.8551
2013	3.6100
2014	3.5769
2015	3.8863
2016	3.8432
2017	3.6299
2018	3.5562

- (-): Data is unavailable from sources and the value cannot be determined if it equals zero or not available.
- Data exclude those parts of Jerusalem which were annexed by Israeli occupation in 1967.

## Table of Contents

<b>Subject</b>	<b>Page</b>
List of Tables	
Introduction	
Chapter One: <b>Terms, Indicators and Classifications</b>	<b>[15]</b>
1.1 Terms and Indicators	[15]
1.2 Classifications	[22]
Chapter Two: <b>Main Findings</b>	<b>[23]</b>
2.1 Total Expenditure on Health in Palestine	[23]
2.2 Current Expenditure on Health According to Financing Schemes	[23]
2.3 Current Expenditure on Health by Financing Agents	[24]
2.4 Current Expenditure on Health by Function of Health Care	[24]
2.5 Current Expenditure on Health by Health Care Provider	[25]
2.6 Percentage of Total Health Expenditures to Gross Domestic Product (GDP)	[25]
Chapter Three: <b>Methodology</b>	<b>[27]</b>
3.1 General Overview	[27]
3.2 Methodology of Palestinian Health Accounts	[27]
Chapter Four: <b>Quality</b>	<b>[29]</b>
4.1 Accuracy	[29]
4.2 Comparability	[29]
4.3 Data Quality	[29]
4.4 Technical Issues	[30]
<b>Statistical Tables</b>	<b>37</b>



## List of Tables

<b>Table</b>	<b>Page</b>
<b>Table 1:</b> Selected Indicators in Palestine, 2000-2018	<b>39</b>
<b>Table 2:</b> Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Schemes, 2000-2018	<b>40</b>
<b>Table 3:</b> Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Agents, 2000-2018	<b>41</b>
<b>Table 4:</b> Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Function of Health Care, 2000-2018	<b>42</b>
<b>Table 5:</b> Percentage Distribution of Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers, 2000- 2018	<b>43</b>
<b>Table 6:</b> Current expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers and Function of Health Care, 2017- 2018	<b>45</b>
<b>Table 7:</b> Current Expenditure on Health in Palestine by Health Care Providers and Financing Schemes, 2017-2018	<b>47</b>
<b>Table 8:</b> Current Expenditure on Health in Palestine by Revenues of Health Care Financing Schemes and Financing Schemes, 2017-2018	<b>48</b>
<b>Table 9:</b> Current Expenditure on Health in Palestine by Financing Schemes and Financing Agents, 2017-2018	<b>49</b>
<b>Table 10:</b> Current Expenditure on Health in Palestine by Function of Health Care and Financing Schemes, 2017-2018	<b>50</b>



## **Introduction**

As the primary provider of official statistics for Palestine, the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) has strived to develop the Palestinian Health Accounts to provide accurate indicators on the status of health expenditures in Palestine to inform policy and decision making.

The Palestinian health accounts are designed to provide a systematic statistical description of the health sector as a whole. The report also provides detailed statistics on transactions among the various components of the health sector as well as between the national health sector and the rest of the world. In order to measure growth rates and economic trends in the performance of the health sector and its cycle over years, it is necessary to develop a systematic time series and comprehensive framework for the compilation of national health accounts. This tool will facilitate comparisons over different years and consequently data analysis.

PCBS, in the cooperation with Ministry of Health has adopted the System of Health Accounts, SHA 2011 edition, as the comprehensive framework for all health statistics for 2000-2018. The team working on the Health Accounts Report demonstrated competence and commitment to developing a Palestinian health accounts system.

The main objective behind establishing the Palestinian health accounts is providing a database for health services providers' expenditure in Palestine.

The report is divided into four chapters: Chapter One explains the Terms, Indicators and Classifications used in the report with a brief description. Chapter Two presents the main findings of the survey and Chapter Three discuss the methodology of the coverage in addition to that, it discusses data processing and tabulation. Finally, Chapter four tackles the issue of quality.

This report presents the main indicators of Palestinian health accounts and PCBS hoping it will empower planners and decision makers in their effort to monitor and upgrade existing health services in Palestine

**April, 2020**

**Dr. Ola Awad  
President of PCBS**



## Chapter One

### Terms, Indicators and Classifications

#### 1.1 Terms and Indicators

##### 1.1.1 General Concepts

###### **Health Accounts:**

A tool to provide a systematic compilation of health expenditure. It can trace how much is being spent, where it is being spent, what is being spent on and for whom, how that has changed over time and how that compares to spending in countries facing similar conditions. It is an essential part of assessing the success of the health care system and of identifying opportunities for improvement.

###### **Current expenditure:**

Current expenditure on health quantifies the economic resources spent on the health care functions as identified by the consumption boundaries. Furthermore, SHA concerns itself primarily with the health care goods and services consumed by resident units only, irrespective of where that consumption takes place (i.e. in the economic territory or in the rest of the world), or indeed who is paying. Therefore, exports of health care goods and services (provided to non-resident units) are excluded, whereas imports of health care goods and services for final use, for example, those goods and services consumed by residents while abroad, are included.

###### **Capital Formation for Health Care Providers:**

Capital formation in the health care system is measured by the total value of the assets that providers of health services have acquired during the accounting period less the value of the disposals of assets of the same type and that are used repeatedly or for more than one year in the provision of health services. This item comprises gross capital formation of domestic health care providers for institutions excluding those listed under retail sale and other providers of medical goods.

###### **Accrual Basis:**

The accrual accounting record flows at the time economic value is created, transformed, exchanged, transferred or extinguished. This means that the flows which imply a change of ownership are entered when ownership passes, services are recorded when provided, output at the time products are created, and intermediate consumption when materials and supplies are being used.

###### **Health Care:**

The sum of activities performed either by institutions or individuals pursuing the application of medical, paramedical and nursing knowledge and technology, dental, complementary and alternative services, pharmaceutical, and clinical sciences (in vitro diagnostics), nursing, health professions. Health care covers all health care goods and services to promote health.

###### **Government Sector:**

The general government sector consists mainly of central, state and local government units together with social security funds imposed and controlled by those units. In addition, it includes NPIs engaged in non-market production that are controlled and mainly financed by government units or social security funds.

**Non-profit Institution Serving Households (NPISH):**

Consists of non-market NPIs that are not controlled by government.

**Household:**

One person or a group of persons with or without a household relationship, who live in the same housing unit, share meals and make joint provision of food and other essentials of living.

**Residence:**

It is defined in economic and not legal terms. The main criterion to determine residence of an entity is center of economic interest. Persons are considered residents of the country where they live for at least one year. Exceptions to this rule are embassy staff (but for locally employed people who are residents of the country where they live), patients who are treated abroad and students who live abroad even when their stay exceeds one year.

Persons and establishments are considered residents of the economy wherein their center of economic interest lies; this means that they will undertake a considerable part of their economic activities there. Exceptions to this rule are students, medical patients and non-natives of the resident economy employed at foreign (to the resident economy) embassies, diplomatic missions and military establishments. These three categories are considered non-residents of the economy in which they live and are residents of their country of origin, irrespective of length of stay. This does not apply to locally employed people in these institutions who are residents of the country where they live.

Establishments are always considered residents in the country where the activity takes place. This is in line with the concept of the center of economic interest because a productive activity is not started at whim without an intention to stay for some length of time.

**Primary Health Care:**

This comprises first contact and continuing comprehensive health care, including basic or initial diagnosis and treatment, health, supervision, management of chronic conditions and preventive health services. The provision of primary care does not necessarily require highly sophisticated equipment or specialized resources.

**Secondary Care Institutions:**

The institutions providing specialized health care recommended by primary health care providers or in emergency cases.

**Tertiary Health Care:**

This includes specialized consultative care, usually on referral from primary health or secondary medical care personnel, by specialists working in a center that has personnel and facilities for special examination and treatment.

**Rehabilitation Center:**

It is a facility which provides therapy and training for rehabilitation. Such centers may offer occupational therapy, physiotherapy, vocational training, and other kinds of special training such as speech therapy for recovery from injury or illness to resume normal function where possible.

**Health Insurance:**

A contract between the insured and the insurer to the effect that in the event of specified events occurring (determined in the insurance contract), the insurer will pay compensation either to the insured person or to the health service provider.

**Based on the classifications** of the system of health accounts (SHA 2011 edition) concept and definitions were divided according to (financing schemes, financing agents, providers, functions, and revenues).

### **1.1.2 Concepts of Financing Schemes**

#### **Government schemes and compulsory contributory health care financing scheme:**

This category includes all schemes aimed at ensuring access to basic health care for the whole society, a large part of it, or at least some vulnerable groups. Included are: government schemes, social health insurance, compulsory private insurance and compulsory medical saving accounts. A key rationale for government intervention in health systems is to ensure access to basic health care for the whole society (or vulnerable social groups).

#### **Voluntary health care payment schemes:**

This category includes all domestic pre-paid health care financing schemes under which the access to health services is at the discretion of private actors (though this “discretion” can and often is influenced by government laws and regulations). Included are: voluntary health insurance, NPISH financing schemes and Enterprise financing schemes.

#### **Household out-of-pocket expenditure:**

It is a direct payment for services from the household primary income or savings (no third-party payer is involved): the payment is made by the user at the time of the use of services. Included are cost-sharing and informal payments (both in cash and kind). Out-of-pocket payments (OOP) show the direct burden of medical costs that households bear at the time of service use. (OOP) play an important role in every health care system. In lower-income countries, out-of-pocket expenditure is often the main form of health care financing.

#### **Rest of the World:**

This item comprises financial arrangements involving institutional units (or managed by institutional units) that are resident abroad, but who collect, pool resources and purchase health care goods and services on behalf of residents, without transiting their funds through a resident scheme.

### **1.1.3 Concepts of health financing agents:**

Financing agents are institutional units that manage one or more financing schemes: they collect revenues and/or purchase services under the rules of the given health care financing scheme(s). This includes households as financing agents for out-of-pocket payments. This includes:

- Central government.
- Insurance corporations.
- Nonprofit institutions serving households (NPISH).
- Household.
- Rest of the world.

### **1.1.4 Concepts of revenues of Health Care Financing Schemes**

#### **Transfers from government domestic revenues:**

This item refers to the funds allocated from government domestic revenues for health purposes.

### **Transfers distributed by government from foreign origin:**

Transfers originating abroad (bilateral, multilateral or other types of foreign funding) that are distributed through the general government are recorded here. For the financing scheme receiving these funds, the provider of the fund is the government, but the fund itself is from a foreign origin. The origin of the revenue can only be registered at the level of the transaction of the revenue.

### **Social insurance contributions:**

Social health insurance contributions are receipts either from employers on behalf of their employees or from employees, the self-employed or non-employed persons on their own behalf that secure entitlement to social health insurance benefits. Sub-categories of social insurance contributions are classified by the type of institutional units that pay the social insurance contribution on behalf of the insuree.

### **Voluntary prepayment:**

This includes voluntary private insurance premiums. Voluntary insurance premiums are payments received from the insuree or other institutional units on behalf of the insuree that secure entitlement to benefits of the voluntary health insurance schemes. Subcategories of voluntary prepayment are classified by the type of institutional units paying the revenues, as follows:

- Voluntary prepayment from individuals/households.
- Voluntary prepayment from employers.
- Other voluntary prepaid revenues (for example, received from institutional units other than households and employers).

### **Other domestic revenues:**

This category includes other domestic revenues of financing schemes not included under transfers from government domestic revenue, and Transfers distributed by government from foreign, and Social insurance contributions, Voluntary prepayment sub-categories are defined according to the institutional units that provide the voluntary transfers:

- Other revenues from households that are not classified as other items.
- Other revenues from corporations that are not classified as other items.
- Other revenues from non-profit institutions that are not classified as other items.

### **Direct foreign transfers:**

The main ways that revenues from foreign entities directly (via transfers) received by health financing schemes may be transacted are:

- Direct foreign financial revenues earmarked for health. These revenues are usually grants by international agencies or foreign governments, or voluntary transfers (donations) by foreign NGOs or individuals that contribute directly to the funding of domestic health financing schemes;
- Direct foreign aid in kind (health care goods and services).

## **1.1.5 Concepts of Health Care's Functions**

### **Curative care services:**

Curative care comprises health care contacts during which the principal intent is to relieve symptoms of illness or injury, to reduce the severity of an illness or injury, or to protect against exacerbation and/or complication of an illness and/or injury that could threaten life or normal function.

contact for curative care comprises an individual contact with the health system and can be made up of a sequence of components, such as to establish a diagnosis, to formulate a

prescription and therapeutic plan, to monitor and assess the clinical evolution or to complement the process by imaging, laboratory and functional tests for diagnosis and evolution assessment. The contact can also include various therapeutic means such as pharmaceuticals and other medical goods (e.g. such as glasses, and prosthetic appliances, such as artificial teeth or limbs), as well as therapeutic procedures, such as surgical procedures, which require additional follow-up. Routine administrative procedures such as completing and updating patient records are also an integral part of the service.

**Inpatient curative care:**

Inpatient curative care comprises medical and paramedical services delivered to inpatients during an episode of curative care for an admitted patient.

**Outpatient curative care:**

Outpatient curative care comprises medical and paramedical services delivered to outpatients during an episode of curative care. Outpatient health care comprises mainly services delivered to outpatients by physicians in establishments of the ambulatory health care industry. Outpatients may also be treated in establishments of the hospital industry, for example, in specialized outpatient wards, and in community or other integrated care facilities.

**Dental Outpatient curative care:**

This item comprises dental medical services (including dental prosthesis) provided to outpatients by physicians. It includes the whole range of services performed usually by medical specialists of dental care, in an outpatient setting such as tooth extraction, fitting of dental prosthesis, and dental implants.

**All other specialized health care:**

This item comprises all specialized medical services provided to outpatients by physicians other than basic medical and diagnostic services and dental care. Included are mental health, substance abuse therapy and outpatient surgery.

**Rehabilitative care:**

Rehabilitation is an integrative strategy that aims at empowering persons with health conditions who are experiencing or are likely to experience disability so that they can achieve and maintain optimal functioning, a decent quality of life and inclusion in the community and society.

**long-term care:**

Long-term care (health) consists of a range of medical and personal care services that are consumed with the primary goal of alleviating pain and suffering and reducing or managing the deterioration in health status in patients with a degree of long -term dependency.

**Ancillary services:**

Ancillary services are frequently an integral part of a package of services whose purpose is related to diagnosis and monitoring. Ancillary services do not, therefore, have a purpose in themselves: the purpose is to be cured, to prevent disease, etc. The ancillary service is aggregated within the first-digit purpose class and the second-digit MoP in which it was consumed.

**Medical goods:**

Medical goods are broken down at the second level into pharmaceuticals and other medical non-durables and therapeutic appliances and other medical goods. The medical goods include medical goods acquired by the beneficiary either as a result of prescription following a health

system contact or as a result of self-prescription. And exclude: medical goods consumed or delivered during a health care contact that are prescribed by a health professional.

**Preventive care:**

Prevention is any measure that aims to avoid or reduce the number or the severity of injuries and diseases, their sequel and complications (Pomey et al., 2000). Prevention is based on a health promotion strategy that involves a process to enable people to improve their health through the control over some of its immediate determinants. This includes a wide range of expected outcomes, which are covered through a diversity of interventions, organised as primary, secondary and tertiary prevention levels.

**Governance, and health system and financing administration:**

These services focus on the health system rather than direct health care, and are considered to be collective, as they are not allocated to specific individuals but benefit all health system users. They direct and support health system functioning. These services are expected to maintain and increase the effectiveness and efficiency of the health system and may enhance its equity.

These expenditures are incurred mostly but not exclusively by governments. Included are the formulation and administration of government policy; the setting of standards; the regulation, licensing or supervision of producers; management of the fund collection; and the administration, monitoring and evaluation of such resources, etc. However, some of these services are also provided by private entities, including by civil society (NGOs) and private medical insurance.

**Reporting items/memorandum items of health care:**

Other approaches (e.g. the type of care: modern or traditional; or the type of component: physical examination, procedures performed, laboratory analysis) may also be relevant for decision-making. In addition, important components of the programme and intervention may go beyond the health care boundary and involve non-health activities (e.g. rehabilitation and long-term care involve health and social services). Therefore, components of health expenditure identified using different approaches and the reporting of components that lie beyond the health care boundary are targeted through two different memorandum categories. These are termed reporting items and health care-related classes, respectively.

**1.1.6 Concepts of Health Care Providers**

**Hospitals:**

Licensed establishments primarily engaged in providing medical, diagnostic, and treatment services that include physicians, nursing, and other health services to inpatients and including specialized accommodation services. Hospitals may also provide outpatient services as a secondary activity. Hospitals provide inpatient health services, many of which can only be provided using the specialized facilities and equipment that form a significant and integral part of the production process. In some countries, health facilities need to meet minimal requirements (such as number of beds) in order to be registered as a hospital.

**General hospitals:**

Licensed establishments that are primarily engaged in providing general diagnostic and medical treatment (both surgical and non-surgical) to inpatients with a wide variety of medical conditions. These establishments may provide other services, such as outpatient services, anatomical pathology services, diagnostic X-ray services, clinical laboratory services or operating room services for a variety of procedures and/or pharmacy services, that are

usually used by internal patients (intermediate outputs within the hospital treatment) but also by outside patients.

**Mental health hospitals:**

Licensed establishments primarily engaged in providing diagnostic and medical treatment and monitoring services to inpatients who suffer from mental illness or substance abuse disorders. The treatment often requires an extended stay in an inpatient setting, including hostelling and nutritional facilities. To fulfill the complexity of these tasks, mental health hospitals usually provide services other than inpatient services, such as outpatient mental health care, clinical laboratory tests, diagnostic X-rays and electroencephalography services, which are often available for both internal and outside inpatients but also for outpatients. Mental health hospitals exclude community-based psychiatric inpatient units of general hospitals.

**Specialized (other than mental health and substance abuse) hospital:**

Licensed establishments that are primarily engaged in providing diagnostic and medical treatment as well as monitoring services to inpatients with a specific type of disease or medical condition.

**Residential long-term care facilities:**

The category of Residential long-term care facilities comprises establishments that are primarily engaged in providing residential long-term care that combines nursing, supervisory or other types of care as required by the residents. In these establishments, a significant part of the production process and the care provided is a mix of health and social services, with the health services being largely at the level of nursing care, in combination with personal care services. The medical components of care are, however, much less intensive than those provided in hospitals.

**Medical practices:**

This subcategory comprises both offices of general medical practitioners and offices of medical specialists (other than dental practice) in which medical practitioners holding the degree of a doctor of medicine (Code 2210 ISCO-08) are primarily engaged in the independent practice of general or specialized medicine. This group also includes the practices of TCAM professionals with a corresponding medical education.

**Dental practice:**

This item comprises establishments of health practitioners holding the degree of doctor of dental medicine or a qualification at a corresponding level primarily engaged in the independent practice of general or specialized dentistry or dental surgery. These practitioners operate independently or as part of group practices in their own offices or in the facilities of others, such as hospitals or HMO medical centers. They can provide either comprehensive preventive, cosmetic, or emergency care, or specialize in a single field of dentistry.

**Other health care practitioners:**

Establishments of independent health practitioners (other than physicians and dentists) such as chiropractors, optometrists, mental health specialists, physical, occupational, and speech therapists and audiologists primarily engaged in providing care to outpatients. These practitioners operate independently or as part of group practices in their own offices or in the facilities of others, such as hospitals or medical centers.

**Ambulatory health care centers:**

Establishments primarily engaged in providing health care services directly to outpatients who do not require inpatient services. This includes establishments specialized in the treatment of

day cases and in the delivery of home care services. Consequently, these establishments do not usually provide inpatient services. Health practitioners in ambulatory health care primarily and secondary provide services to patients visiting the health professional's office, except for some pediatric and geriatric conditions.

**Providers of ancillary services:**

Comprises establishments that provide specific ancillary type of services directly to outpatients under the supervision of health professionals and not covered within the episode of treatment by hospitals, nursing care facilities, ambulatory care providers or other providers. Included are providers of patient transportation and emergency rescue, medical and diagnostic laboratories, dental laboratories and other providers of ancillary services. These specialized providers may charge patients directly for their services rendered or may provide these ancillary services as benefits-in-kind under special service contracts.

**Retailers and other providers of medical goods:**

They include establishments whose primary activity is the retail sale of medical goods to the general public for personal or household consumption or utilization, including fitting and repair done in combination with sale.

**Providers of preventive care:**

This category comprises organizations that primarily provide collective preventive programmes and campaigns/public health programmes for specific groups of individuals or the population-at-large, such as health promotion and protection agencies or public health institutes as well as specialized establishments providing primary preventive care as their principal activity. This includes the promotion of healthy living conditions and lifestyles in schools by special outside health care professionals, agencies or organizations.

**Providers of health care system administration and financing:**

This item comprises establishments that are primarily engaged in the regulation of the activities of agencies that provide health care and in the overall administration of the health care sector, including the administration of health financing. While the former relates to the activities of government and its agencies in handling governance and managing the health care system as a whole, the latter reflects administration related to fund raising and purchasing health care goods and services by both public and private agents.

**Rest of the economy:**

This item comprises industries not classified elsewhere that provide health care as secondary producers or other producers. Included are producers of occupational health care and home care provided by private households. It includes: Households as providers of home health care, All other industries as secondary providers of health care, Other industries n.e.c.

**Rest of the world:**

This item comprises all non-resident units providing health care goods and services as well as those involved in health-related activities. In both cases the provision is directed for final use to country residents.

**1.2 Classifications**

The methodology used to collect and process statistical data based on adoption international standard by PCBS, and it is depend on System of Health Accounts, SHA 2011 edition, which was issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and World health organization (WHO) and the Statistical Office of the European Communities (Eurostat).

- The System of Health Accounts, 2011 edition. OECD, Eurostat, WHO.



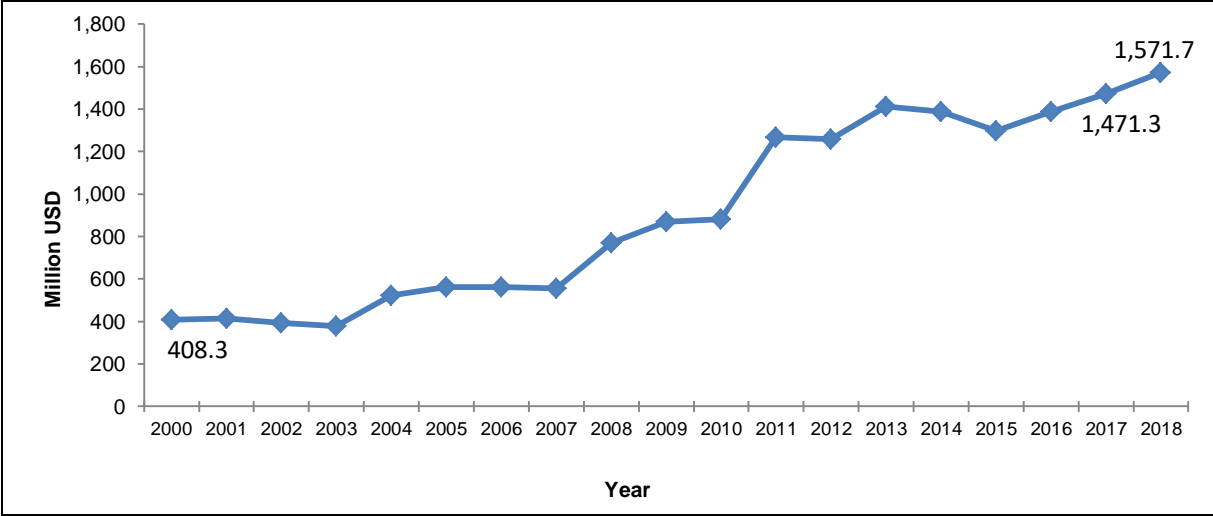
## Chapter Two

### Main Findings

#### 2.1 Total Expenditure on Health in Palestine

The results of the Palestinian Health Accounts for 2018 in Palestine indicated that the total expenditure on health increased by 6.8% compared with 2017, where health expenditure reached USD 1,571.7 million in 2018 compared with USD 1,471.3 million in 2017. While gross capital formation decreased by 12.4% in 2018 compared with 2017, as it was USD 21.9 million in 2018, compared with USD 25.0 million in 2017. (See table 1)

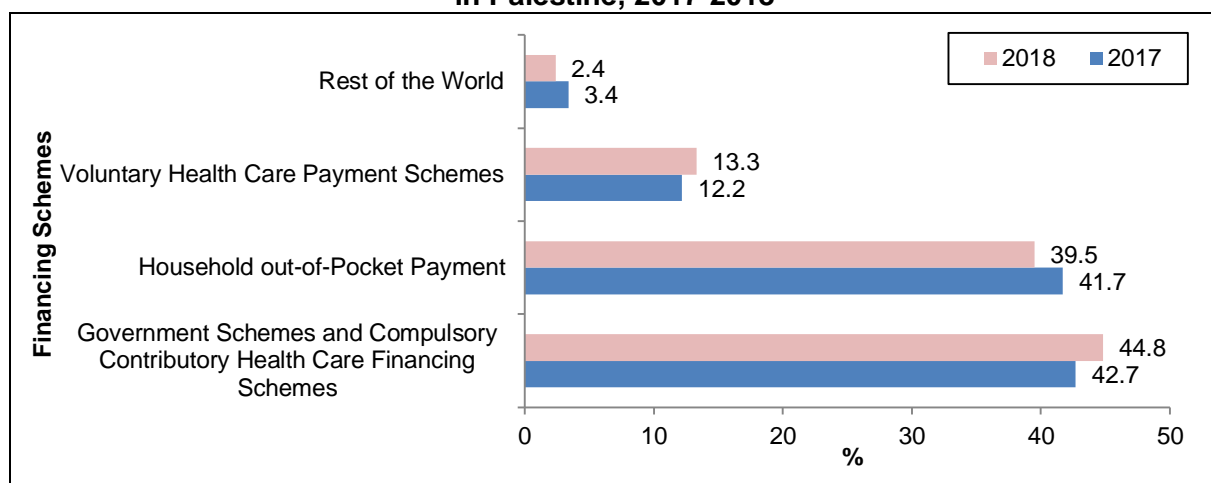
**Total Current Expenditure on Health in Palestine, 2000-2018**



#### 2.2 Current Expenditure on Health According to Financing Schemes

SHA 2011 provides an accounting framework for health financing, where the three classifications (financing schemes, financing agents, and revenues of financing schemes) are tools which allow for systematic assessment of how funds are mobilized, managed and used, including the financing arrangements and the revenue-raising mechanisms. Government schemes and compulsory contributory health care financing scheme shows that the highest contribution was 44.8% in 2018, while it was 42.7% in 2017. Followed by household's out-of-pocket payment scheme with 39.5% in 2018, and 41.7% in 2017. The contribution of voluntary health care payment schemes reached 13.3% in 2018 while it reached 12.2% in 2017. Moreover, rest of the world is considered as an important source of funding in the Palestinian economy and health expenditure; it contributed with 2.4% in 2018 and 3.4% in 2017. (See table 2)

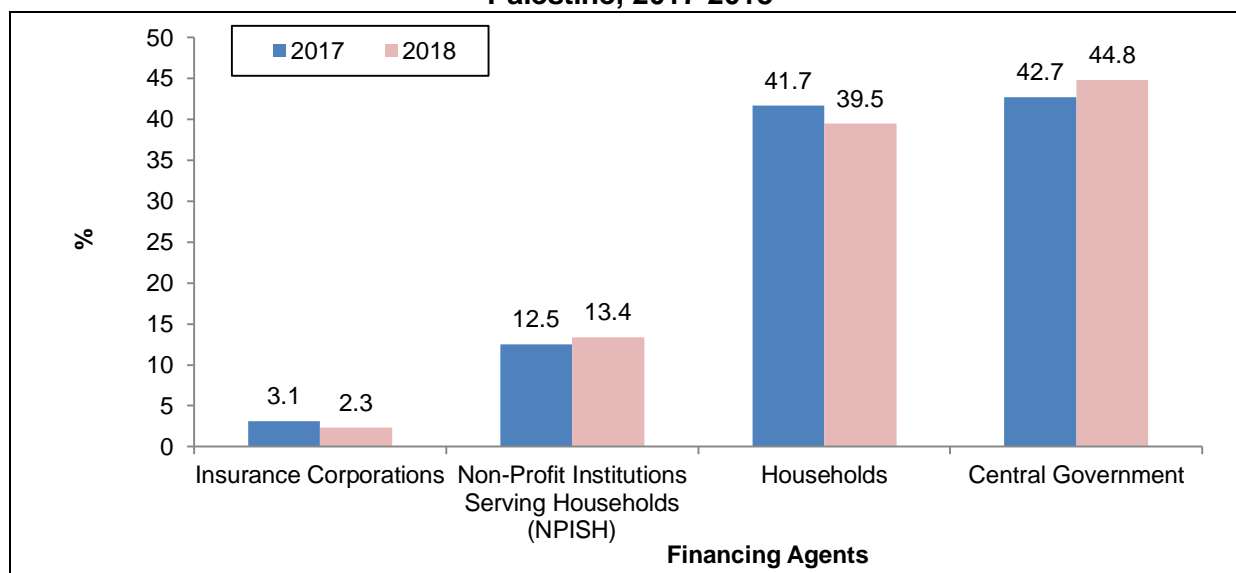
### Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Financing Schemes in Palestine, 2017-2018



### 2.3 Current Expenditure on Health by Financing Agents

Central government shows the highest contribution in 2018 by financing agents which reached 44.8% out of total expenditure, while it was 42.7% in 2017. Followed by households contribution by 39.5% of health expenditure in 2018; compared with 41.7% in 2017. Also, the percentage contribution of non-profit institutions serving households (NPISH) was 13.4% in 2018, compared with 12.5% in 2017. While insurance corporations decreased from 3.1% in 2017 to 2.3% in 2018. (See table 3)

### Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Financing Agents in Palestine, 2017-2018



### 2.4 Current Expenditure on Health by Function of Health Care

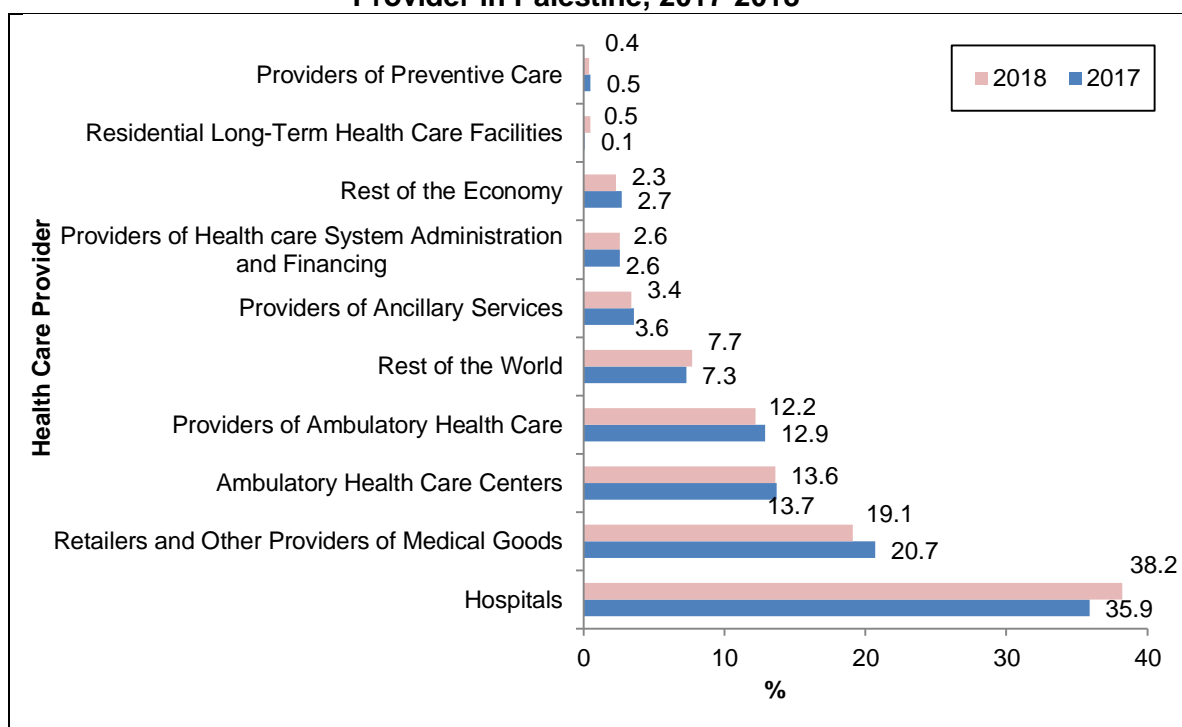
The highest proportion of health expenditure was spent on curative care (inpatient curative care and outpatient curative care); with a percentage of 68.8% out of total health expenditure in 2018, followed by medical goods with a percentage of 19.3% and 4.7% for preventive care. While the smallest contribution of expenditure was 0.2% on the rehabilitative care and 0.6% by the long-term care. (See table 4)

## 2.5 Current Expenditure on Health by Health Care Provider<sup>1</sup>

Hospitals (general hospitals, mental health hospitals, specialized hospitals and unspecified hospitals) held the highest rank in the contribution in current health expenditure with a percentage of 38.2% and 35.9% in 2018 and 2017, respectively. Followed by retailers and other providers of medical goods that reached 19.1% in 2018 while it was 20.7% in 2017. The percentage of residential long-term health care facilities increased from 0.1% in 2017 to 0.5% in 2018. (See table 5)

The results indicated that the total expenditure on ambulatory health care centers was 13.6% in 2018. (See table 5)

**Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Health Care Provider in Palestine, 2017-2018**



## 2.6 Percentage of Total Health Expenditures to Gross Domestic Product (GDP)

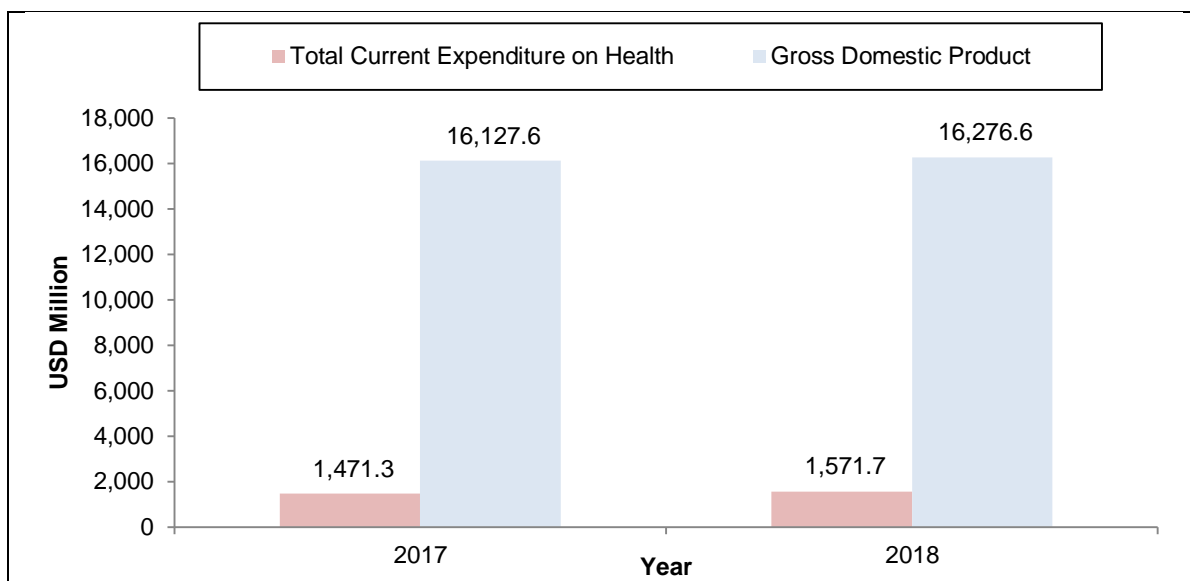
The percentage of health expenditure to Gross Domestic Product (GDP) in Palestine at current prices was 9.8% in 2018 and 9.3% in 2017.<sup>2</sup> (See table 1)

Total health expenditure per capita was USD 330.3 in 2017 and USD 344.0 in 2018.

<sup>1</sup> Includes all sources of funding.

<sup>2</sup> Includes gross capital formation in health care providers.

### Total Health Expenditure, and GDP at Current Prices in Palestine, 2017-2018



## Chapter Three

### Methodology

The methodology used to compile the Palestinian Health Accounts at current prices for 2000-2018 is based on data tabulation, in addition to processing data from all available sources to measure expenditure by health service providers and financing schemes.

#### 3.1 General Overview

##### 3.1.1 Framework of Palestinian Health Accounts

1. Updating of data sources according to the latest available administrative records from government and UNRWA, in addition to population estimates according to the Population, Housing, and Establishments census 2017.
2. Harmonizing the methodology during different years which assure consistency and data comparison.
3. Unifying the coverage of data.

##### 3.1.2 Geographical Coverage

For statistical purposes, the data that was published for Palestine excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israeli occupation in 1967.

#### 3.2 Methodology of Palestinian Health Accounts

##### 3.2.1 Classification Systems

The set of Palestinian classifications is based on the International Classification for Health Accounts that used the System of Health Accounts (2011 edition), which was issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World health organization (WHO) and the Statistical Office of the European Union (Eurostat), and it is compatible with SNA 2008.

Since health accounts are a branch of satellite accounts, each item should be explicitly allocated to the category to which it belongs.

The compilation of the Palestinian health accounts within the following dimensions: financing scheme, financing agents, revenues of health care financing scheme and functional classification of health care provider depends on the following three main phases:

1. Classification systems for various data dimensions based on System of Health Accounts.
2. Data entry and processing according to a computerized system.
3. Preparation of aggregated data matrices for the total value of expenditures.

##### 3.2.2 Preliminary Treatment of Data from Individual Sources

In the treatment process of data for 2000-2018, data sets of each given source were treated independently from other sources. The purpose of this method is twofold as follows:

1. To obtain reliable and consistent numbers on relevant transactions with the correct coding and classification;
2. To facilitate and speed up data preparation in future years.

<b>Economic Activity</b>	<b>Source</b>	<b>Technical Notes</b>
Government sector	Ministry of Health	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtained detailed data of revenues, expenditures and cost of health treatment abroad (inside and outside Palestine).</li> <li>2. Financing schemes for government expenditure of health was determined by source of financing for government.</li> <li>3. Reclassifying the total cost by health functions was based on cost analysis study for government hospitals.</li> </ol>
	Administrative records of Military Medical Services.	It was not possible to obtain any financial data on these services, but PCBS obtained data on patient activities from military health facilities. It was recommended to use the data to generate estimates of the relevant expenditures by assuming that the cost level of these services is similar to that of the Ministry of Health.
Non-profit institutions serving households	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees (UNRWA)	Based on the total expenditure by UNRWA, PCBS estimated the value of expenditure per item by using the number of staff and number of visits to UNRWA's primary health care centers.
	Non profit institutions of health activities from the services survey within the economic surveys series which is conducted annually by PCBS.	Data was classified by financing scheme depending on distribution of establishment revenues (inside/outside) from annual economic surveys.
Household sector	Palestinian Expenditure and Consumption Survey, 2017.	The value of health expenditure was reweighted to represent the households that spent on health.
Insurance corporations	The Survey of Insurance corporations attached to the Finance and Insurance Survey which is conducted annually by PCBS.	Determining premiums and claims for health insurance in the total economy.
Profit sector	Palestinian Expenditure and Consumption Survey, 2017.	Determining household out-of-pocket payments for private sector to determine the value of expenditure on medical and pharmaceutical goods.

## Chapter Four

### Quality

#### 4.1 Accuracy

The Palestinian Health Accounts were prepared in Palestine based on a set of statistical sources (surveys and administrative records) and scientific methodologies according to international standards. Data processing is automated through computerized programs, which minimize the probabilities of human errors. The computerized system of files contains a set of tests through equations to ensure that there are no errors in processing, conversion...etc. Those procedures ensure the minimization of errors that may result from omission or inaccuracy when preparing data.

#### 4.2 Comparability

This report represents the annual Palestinian health expenditure tables for 2000-2018, while data of Palestinian health accounts for the years 2000-2017 were revised according to a set of factors which was mentioned in notice for users, which illustrate the Palestinian financing schemes, financing agents and types of financing revenues, as well as total expenditure distributed by health functions and providers of health services in Palestine. The data was presented as a matrix of health expenditure by providers and financing schemes, matrix of functions and financing schemes and total expenditure by providers and health functions.

#### 4.3 Data Quality,

##### 4.3.1 Coverage and Inclusiveness

Since the Palestinian health accounts were established, PCBS has worked strenuously to ensure data quality and coverage by the adoption of a number of practices, which can be summarized as follows:

- Conducting specialized surveys covering health activities; such as the health care providers and beneficiaries survey.
- Conducting such survey as an attachment to finance and insurance survey to cover health insurance.
- Developing data quality for the detailed items of the health expenditure by providers and function of care based on specialized studies.
- Developing data consistency after updating data from various sources and comparing data structure (percentage of total health expenditure according to the source of funding, health care provider and function of care), in addition to comparing consistency during the time series.

#### 4.4 Technical issues

##### 4.4.1 Technical issues about adoption of the System of Health Accounts, 2011 edition as a comprehensive framework

- Processing of financing source for Ministry of Health through the distribution of revenues by source: internal (local revenues) and external (rest of the world).
- Expenditure of rest of the world was collected from two sources: the economic surveys for non-profit health institutions, and the external funding of Palestinian Ministry of Health.

- Reclassification of health expenditure transaction after changing the system of health accounts (2011 edition) taking into consideration - while being implemented- that some of the transactions were transferred to the reporting items in the new system that were deducted from the total current health costs in the new system.
- Premium of health insurance which was paid by households was canceled through processing of 2000-2018 data depending on System of Health Accounts concepts while the total expenditure on health outside Palestine by household was added to the Palestinian current health expenditure.
- Splitting the total health expenditure to current expenditure and capital expenditure based on guidance of system of health accounts (2011 edition).

#### **4.4.2 Other technical Notes**

Despite all taken measures, some challenges remained facing the development of coverage and comprehensiveness of the data, primarily:

- The lack of financial statements for the military medical services sector, which is part of government expenditure.
- Data for non-profit institutions serving households (NPISH) have two sources, namely UNRWA (as the main provider of health services in Palestine); and secondly, charitable associations working to provide medical services in different governorates as ascertained in the economic surveys and weighted to reflect conditions of the economy.
- Health expenditure covered Palestine As a whole (not the West Bank and Gaza Strip separately) due to the lack of detailed data sources.